

(別紙3)

別記第29号様式 (第29条の2の2第1項関係)

課長	課長補佐	係長	主査	担当	決定年月日	文書分類 番号	05	05	02	03	文書取扱 主任
					R年 月 日	保 存 年 限	1・3・⑤・7・10・永				
1 下記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 下記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給資格を付与する。 3 次の理由により下記申請を却下する。											
(有 効 期 限					
						R年 月 日 ~ R年 月 日					
						R年 月 日 ~ R年 月 日					

重度心身障害者医療費受給者証交付 (更新) 申請書

滝川市長 様

令和 年 月 日

住 所 滝川市 町 丁目 番 号
番地

障初 障課
老初 老課 老課停

申請者 氏 名
対象者との続柄
連絡先 電話 - -

滝川市民福祉条例第3条の2の規定により重度心身障害者医療費受給者証の交付 (更新) を申請します。

受給者番号		宛名番号	
対象者	フリガナ	住所	
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	個 人 番 号		
主たる生計維持者	フリガナ	住所	
	氏 名	□対象者と同じ	
	生 年 月 日	年 月 日	
	対 象 者 と の 続 柄		
	個 人 番 号		
身体 の 状 況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	種 級	交付年月日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 療育手帳	A ・ B	番号 北海道 第 号
	<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳	1級	有効期限/再認定日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> そ の 他		
医療 保 険	種 別	協・組・共・国・後	保 険 者 名
	記 号	番 号	枝 番
	被 保 険 者 (世 帯 主)	資 格 取 得 年 月 日 年 月 日	
備 考	同日公簿確認済		付加給付 有 ・ 無
所 得 額			

(別紙3)

別記第29号様式の2 (第29条の2の2第2項関係)

同意書

滝川市長 様

下記の者は、滝川市長が重度心身障害者医療費受給者証の交付に係る医療保険各法による被保険者若しくは組合員又は被扶養者であることの証明及び負担割合並びに所得制限の判定のため、医療保険の種別・記号・番号、所得等の状況について公簿等により確認(個人番号を利用した被保険者等区分・番号及び地方税関係情報等の取得を含む。)することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り同意することを申し添えます。

【同意期間】 本同意は、重度心身障害者医療費受給資格を有している期間とする。

【同意年月日】 令和 年 月 日

同意者	フリガナ		対象者との続柄	
	氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日
			個人番号	
	住所		1月1日の住民登録地	
		今年	都道府県	市区町村
		前年	都道府県	市区町村
同意者	フリガナ		対象者との続柄	
	氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日
			個人番号	
	住所	<input type="checkbox"/> 同上	1月1日の住民登録地	
		今年	都道府県	市区町村
		前年	都道府県	市区町村
同意者	フリガナ		対象者との続柄	
	氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日
			個人番号	
	住所	<input type="checkbox"/> 同上	1月1日の住民登録地	
		今年	都道府県	市区町村
		前年	都道府県	市区町村
同意者	フリガナ		対象者との続柄	
	氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日
			個人番号	
	住所	<input type="checkbox"/> 同上	1月1日の住民登録地	
		今年	都道府県	市区町村
		前年	都道府県	市区町村
同意者	フリガナ		対象者との続柄	
	氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日
			個人番号	
	住所	<input type="checkbox"/> 同上	1月1日の住民登録地	
		今年	都道府県	市区町村
		前年	都道府県	市区町村

記入要領

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 2 代理人が同意書に記入する場合、本人からの委任状を添付してください。
- 3 同意者の数が署名欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。