

重度心身障害者受給資格（認定・更新）申請書兼台帳

交付年月日 年 月 日

受給者番号				資格認定年月日				
申請事由		新規・更新・転入・その他（ ）		年齢区分	65歳未満 ・ 65歳以上			
① 受給者	フリガナ			住所	〒742 - 田布施町～			
	氏名	障害者本人						
	生年月日	年	月			日		
	フリガナ			住所	〒742 - ※代理人住所			
	保護者	※本人以外の申請であれば記入						
生年月日	年	月	日					
② 障害の状況	身体障害者の状況	程度（等級別）		種別				
		身体障害者の番号	発行第 号（再判定 ）					
	知的障害者の状況	程度	第 号					
		判定日	年	月	日発行（再判定 年 月 日）	摘要		
	精神障害者の状況	程度（等級別）	等級					
		精神障害者の番号	年 月 日発行 第 号（期限 年 月 日）					
国民年金受給者証番号	第 号	傷病名		有期認定	まで			
	特別児童扶養手当受給者証番号		第 号			まで		
③ 医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄				
	保険種別			被保険者証の記号番号				
	保険者名			保険者番号				
	所在地			付加給付の有無				
高額療養費代理受給委任状の有無								
④ その他	同居人氏名	(続柄 )		(続柄 )	(続柄 )			
		(続柄 )		(続柄 )	(続柄 )			
	施設入居の有無			ほかに受けることができる公費負担				
田布施町長 様 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 申請者 住所 田布施町～ TEL ( 0820-00-0000 ) 氏名 障害者本人 OR 代理人 ㊟								
所得状況		本人		配偶者		扶養義務者		
控除後の所得額		円		円		円		
控除対象親族数		人		人		人		
限度額		円		円		円		
審査欄	資格審査	<input type="checkbox"/> ① 可	所得審査	<input type="checkbox"/> ① 可	判定	<input type="checkbox"/> ① 認定	公募確認	戸籍・住民票・外国人登録 生活保護・他制度医療( )・所得
		<input type="checkbox"/> ② 否		<input type="checkbox"/> ② 否		<input type="checkbox"/> ② 却下		

○申請にあたっては、以下の同意事項をお読みいただき、手続きを行ってください。なお、申請書を提出された方は以下の同意事項に同意いただいたものとさせていただきます。

### 重度心身障害者医療費受給資格の認定又は更新にあたっての同意事項

- 1 重度心身障害者医療費受給資格の認定又は更新要件確認のため、申請者(受給者)の所得状況を調査すること。
- 2 医療の給付が行われた場合、高額療養費算定基準額及び一部負担金の確認のため、被保険者の世帯の課税の状況を調査すること。
- 3 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について町長に委任すること。
- 4 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けた場合、町の過払い相当額を町に返還すること。
- 5 保険者に対して、医療の給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を町が確認すること。
- 6 申請者及び被保険者が田布施町重度心身障害者医療費助成要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。

※上記1により収入の状況が公簿により確認できない場合は、収入の状況を記載した書類で町長が必要と認めるものを提示してください。