

年度

重度心身障害老人等医療費助成

交付（更新）

申請書

① 対象者	後期高齢者医療 被保険者番号										受給者 氏名
	後期高齢者医療 被保険者番号										生年月日
② 申請理由	心身障害者の方 該当する番号を○で囲んでください。	1 身体障害者手帳（ 1級 2級 ）を所持している。 2 療育手帳（ A1 A2 ）を所持している。									
	ひとり親家庭等の方 該当する番号を○で囲んでください。	1 配偶者のない人で18歳未満の児童を扶養している。 2 父母のいない18歳未満の児童を養育している配偶者のない人、 または婚姻をしたことのない人。									
	養育して いる児童	住所 氏名	(生年月日) 年 月 日								(養育している児童が2人以上いる場合は、最年少の者を記入)
③ 交付申請理由	1 心身障害者になったため 4 その他 () 2 転入してきたため (認定年月日) 3 後期高齢者医療に新たに加入したため 年 月 日										
	※ 審査										
④ 振込指定金融機関	◎ すでに口座登録をいただいている方につきましては、変更のある場合のみご記入ください。										
			種目	口座番号							
			1 普通	フリガナ							
			2 当座	名義							
			3 貯蓄								
⑤	<p>上記のとおり助成金の支給を申請します。</p> <p>尚、申請に伴い以下のことに同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・桜井市が受給者及び扶養義務者等の所得状況について市民税課税台帳等により確認すること。 ・療養の給付に係る一部負担金について高額療養費の支給を受けることができる場合、被保険者証及び医療費受給資格証また、当該療養に係る診療報酬明細書等について、医療機関等が写しを徴し市長に提出すること。 ・本助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。 ・高額介護合算制度に係る福祉医療受給者の支給額把握のため、高額介護合算療養費等支給額計算結果連絡票の情報を使用すること。 ・高額介護合算療養費等支給申請により、福祉医療受給者に係る医療分について、按分額が生じた場合は、福祉医療助成金が過払いとなるので、返還または次回以降の助成金と調整すること。若しくは、その療養費を桜井市が代理受領すること。 <p>年 月 日 住所</p> <p>(宛先) 桜井市長 申請者 氏名</p> <p>電話 ()</p>										
⑥ (委任状)	<p>私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。</p> <p>年 月 日請求した助成金の受領に関すること。</p> <p>申請者の住所・氏名 _____</p> <p>代理人の住所・氏名 _____</p>										

(注) ※印の欄は、記入しないでください。