（表）

様式第１（第４条関係）

（後期高齢者以外・後期高齢者(65歳以上)）

整理番号	

重度心身障害者等医療費助成金受給資格者登録申請書

年　　月　　日

鹿児島市長　　殿

申請者　住所

（対象者又は保護者）氏名　　（署名又は記名押印）

個人番号　　電話番号

対象者	住所							
	氏名			生年月日	年　月　日			
	身障者手帳番号	県第　号	障害の程度		手帳交付年月日	年　月　日		
	知能指数		療育手帳番号	県第　号	障害の程度		次期判定年月	年　月
	精神障害者保健福祉手帳番号	県第　号		障害の程度		有効期限	年　月　日	
保護者	住所							
	氏名			対象者との続柄				
対象者に係る医療保険	保険の種類	健保(協会・日雇・組合)・船保・国公・私学・国保・後期高齢・地公						
	被保険者証	記号・番号						
	被保険者氏名			対象者との続柄				
	保険者名称			付加給付	有・無			
	保険者所在地							

受給資格者証	記号	番号
	身(身体障害者)　知(知的障害者) 精（精神障害者）重(重複障害者)	第　号

※この欄は市において記入	該当・非該当の別	該当・非該当	受付年月日	年　月　日	決裁欄			
			決裁年月日	年　月　日				
			交付年月日	年　月　日				

（裏）

同　意　書

私は、資格認定又は助成額の決定に関して、地方税関係情報について取得及び確認されることに同意します。

また、重度心身障害者等医療費の助成を受けるために必要な下記の助成対象者の受診に関する情報を、医療機関等が鹿児島県国民健康保険団体連合会に送付することに同意します。

氏　名 （署名又は記名押印）	申請者との続柄	個 人 番 号