

第10号様式(第12条4項)

重度心身障害者医療費等助成金支給申請書

習志野市長 宛て

年 月 日

受給資格者

住 所	習志野市
氏 名	印 (自署又は記名押印)
電話番号	

重度心身障害者医療費等助成金支給について、関係書類を添えて申請します。

この申請に必要とする、私の属する世帯の所得、高額医療費及び附加給付の状況等を調査及び関係機関に情報を提供することに同意します。

障害者	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ 18歳未満は児童の氏名 () <input type="checkbox"/> 受給資格者と異なる場合の氏名 ()		
生年月日	年 月 日 () 歳		
手帳種別	身体：1級 2級	知的：Ⓐ A	精神：1級

*介護保険の領収書(1割負担)は対象になりません。

*高額医療費及び附加給付金の額が確定しない場合は助成金の支払が出来ない場合があります。

*対象となる領収書は受給資格取得日以降でかつ助成申請日から2年以内のものに限ります。

以下の欄は記入しないでください。

<助成金決定簿>

助成金額 _____ 円

証明金額 _____ 円