

第1号様式(第4条)

受給券交付申請書

令和 年 月 日

習志野市長 宛て

(障害者本人、若しくは親権者又は後見人)

住所

氏名

電話番号

習志野市重度心身障害者医療費等助成制度につき、次のとおり申請します。

なお、この申請、今後の受給資格更新及び習志野市重度心身障害者医療費等助成申請を審査するに当たり、私の属する世帯の所得、住民税額、高額医療費、附加給付の状況等助成するために必要となる情報を調査し、及び保険者に情報を提供することに同意します。

障害者	住所 氏名 ( 年 月 日生)	
保険証	国保・社保・後期高齢者医療 (保険者名 ) 記号番号	
振込先	銀行 普通・当座 No. 名義人(カタカナ)	支店
手帳	身障手帳：程度 1級・2級	交付年月日 年 月 日
	療育手帳：程度 (A)・A	
	精神手帳：程度 1級	

注 申請に当たり下記の書類を添付してください。

- ・同意書
- ・保険証の写し(同一保険加入者全員分)
- ・振込先銀行口座の通帳等の写し
- ・身体障害者手帳、療育手帳又は精神保健福祉手帳の写し