（表１）

様式第1号（第6条関係）

# 心身障害者医療費受給資格登録（更新）申請書

年　　月　　日

東松島市長　様

１　受給者氏名等

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 受給（申請）者 | 住　所 | | | |
| | 個人番号 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| | 氏　名 | | 電話番号 | ―　　― |
| | 手帳の種　類 | 身障（１・２・内部３）級　・　療育（Ａ）・精神１級 | | |

※申請者が障害者本人でない場合は、代理申請者の欄を記入してください。

代理申請者　住所 ……

氏名 ……　ＴＥＬ　　―　　―

対象（申請）者との続柄（　　）

２　受給者の加入している医療保険

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険者名称 | | 保険者番号 | |
| 被保険者氏名 | | 記号・番号 | |
| 資格取得年月日 | 年　　月　　日 | 付加給付 | 有　・　無 |

３　心身障害者医療費助成について下記口座へ振込されることを依頼します。

| 金融機関名 | 支店名 | 口座番号 | 名義人（カナ） |
|---|---|---|---|
| | 支店 | | |

※　名義人は受給者名義で記入してください。

上記のとおり、東松島市心身障害者医療費の助成を受けたいので、受給資格の登録（更新）をします。なお、登録更新時において、自動更新を依頼するとともに、東松島市が保有する公簿等により、私の属する世帯の所得状況等の必要な事項を調査することに

☐　同意します。

☐　同意しません。　　受給者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

（注）　同意しない場合又は個人番号を記入しない場合は、別途所得証明等の添付が必要になります。なお、申請の年の１月１日において他の市町村に住所を有していたときは、当該市町村長の発行する証明書を添付してください。

（裏１）

# 同　意　書

東松島市心身障害者医療費の助成を受けるにあたり、東松島市長が私及び私の世帯の税、住民票、生活保護受給、特別児童扶養手当受給、医療保険給付及び中国残留邦人等に対する支援に関する情報について取得することに同意します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 氏　名 | | | 氏　名 | |
| 個人番号 | | | 個人番号 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 氏　名 | | | 氏　名 | |
| 個人番号 | | | 個人番号 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 氏　名 | | | 氏　名 | |
| 個人番号 | | | 個人番号 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 氏　名 | | | 氏　名 | |
| 個人番号 | | | 個人番号 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 氏　名 | | | 氏　名 | |
| 個人番号 | | | 個人番号 | |

同居している方は生計同一とみなしますので、届出が必要です。