

# 記入例

第1号様式（第3条関係）

東庄町重度心身障害者医療費受給資格認定申請書

平成27年 8月 1日

東庄町長 岩田利雄 様

住所 東庄町 番地

申請者 氏名 東庄太郎 (東庄)  
(保護者) 本人との  
続柄 本人

電話 8

東庄町重度心身障害者の医療費助成に関する条例施行規則第3条の規定により次のとおり申請します。なお、東庄町が高額療養費の全部又は一部を負担した場合は、東庄町が私に代わって高額療養費を保険者に請求し、受領することを委任します。

対象者	住所	東庄町 番地				
	氏名	東庄太郎	生年月日	昭和 年 月 日		
被保険者証 発行機関	名称	国保	記号	71	番号	1234567
	所在地	東庄町笹川14713-131	附加給付	44,400円 を超える額		
障害程度	身体障害 知的障害	2級	手帳番号	123456		

## 同意書

- 助成金の支給に必要なため、私の町民税課税台帳を確認することに同意します。
- 対象者が、後期高齢者医療である場合は、千葉県後期高齢者医療広域連合に情報提供することに同意します。

氏名 東庄花子 (東庄) 氏名 東庄小太郎 (東庄)  
氏名 東庄夢子 (東庄) 氏名 東庄小次郎 (東庄)  
氏名 氏名

## 【助成金振込先】

(フリガナ) 口座名義人	振込先金融機関	口座種類	口座番号
トウノショウ タロウ 東庄太郎	銀行 本店 (支店) 支所	普通	1234567