

受付年月日	年 月 日	手帳交付年月日	年 月 日	等級	級
受給者証	番号	第	号	発行	年 月 日

重度障害者（児）医療費助成金受給者証 交付 申請書

障害者 (児)	住所	沼津市		電話	— —	
	氏名		男・女	生年月日	(M・T・S・H・R)	年 月 日
加入 医療 保険	被保険者証			被保険者又は組合員の氏名		附加給付
	記号番号				有・無	
	保険者	所在地				
	名称					
現況	施設入所中	いつから 年 月 日 施設名 ( )				
	入院中	いつから 年 月 日 病院名 ( )				
	在宅	その他 ( )				

口座振替依頼書

下記により支払金を口座振替されたく依頼します。

この振替がなされたときはその金額に係る債権が弁済されたものといたします。

振 込 先 金 融 機 関	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店(所) 農協					
	預金の種類	普通・当座 (該当を○でかこむ)					
	口座番号						
	フリガナ						
	口座名義人						

上記のとおり重度障害者（児）医療費の助成を受けたいので、受給者証の交付を申請します。また、助成金支給決定のため、以下の事項について同意いたします。

- 1 障害者及び扶養義務者等の所得額、住民税・所得税の課税状況について、沼津市長が税務関係当局に証明（報告）を求めること。
- 2 障害者及び扶養義務者等が受けるその他の医療費に対する助成について、沼津市長が加入医療保険者等から情報を収集すること。

(あて先) 沼津市長  
年 月 日

〒

住 所

申 請 者

氏 名

印