

様式第1号 (第3条、第8条関係)

小田原市重度障害者医療費助成受給資格 (取得・変更・喪失) 申請書・届出書

年 月 日

小田原市長 様

申請者・届出者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり申請・届出をします。

なお、医療費の助成の審査に必要な限度で、私の所得状況その他必要な情報を小田原市の公簿等により確認することに同意します。

受給者番号					
個人番号					
フリガナ			男・女	受給者住所	小田原市
受給者氏名					
生年月日	年	月	日	電話	()
障害の状況	身体障害者手帳()級・療育手帳()・精神障害者保健福祉手帳()級				
加入医療保険	記号	番号	保険者番号		
	1 小田原市国民健康保険		2 全国健康保険協会 ()支部	被保険者氏名(続柄)住所	
3 ()健康保険組合		4 神奈川県後期高齢者医療広域連合			
連絡先	氏名 (続柄) ()		〒 住所 電話		
送付先	氏名 (宛名) (続柄) ()		〒 住所 電話		
事由	1 事由の発生年月日 (. .)		2 事由の発生年月日 (. .)		3 事由の発生年月日 (. .)
	取得 <input type="checkbox"/> 障害の認定 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 等級変更 <input type="checkbox"/> その他 ()		変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> その他 ()		喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 等級変更 <input type="checkbox"/> その他 ()
処理欄	市費 県費	市費		医療証	年 月 日交付・回収
		<input type="checkbox"/> 県の所得制限該当 (市単独助成)		PC処理	年 月 日処理
		<input type="checkbox"/> 県の年齢制限該当 (市単独助成)		入力者	