

心身障がい者医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

(宛 先)岡 崎 市 長

申請者

住所

氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

連絡先 (- -)

個人番号

届出者

☐ 申請者と同じ

住所

☐ 申請者と同じ

氏名

申請者との続柄 ()

次のとおりですので、心身障がい者医療費助成金を交付してください。

受 給 者 番 号		受 給 者 名	
振 込 先	申請者	・	申請者以外
心 身 障 が い 者 医 療 費 助 成 金 振 込 口 座	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合	本店	支店
金 融 機 関 コード		口 座 種 別	1 普通 ・ 2 当座
口 座 名 義 (カタカナ)		口 座 番 号	

注 この申請書には、「領収書」を添付してください。
申請者以外の方へ振込を希望の場合は下記「受領委任状」の記入が必要です。

【受領委任状】

この助成金の受領を

☐ 申請者と同じ

(住所)

(氏名) (申請者との続柄) に委任します。

申請者 ()

()本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

保 険 者 番 号							
記 号 番 号							
保険資格取得日	年	月	日	受 付			
障がい者医療 有効期間	年	月	日から				
	年	月	日まで				

☐ 次回番号持参依頼

番号確認	個人番号カード・個人番号通知カード・住民票・その他（ ）
身元確認	個人番号カード・運転免許証・住民基本台帳カード・パスポート・在留カード・障がい者手帳（顔写真付き）・その他（ ）
	A ）健康保険証・介護保険証・年金手帳・医療受給者証・児童扶養手当証書・その他（ ） B ）学生証・キャッシュカード・診察券・その他（ ）

顔写真有のものは1点、顔写真無のものは2点（A+A又はA+B）を確認すること。