（様式第１号）

受給資格の有無	無	理由：
	有	令和　　年　　月　　日から適用

重度心身障害者医療費
受給資格登録（更新）申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）佐賀市長　様

申請者（受給者）住所　佐賀市

氏　名　　印

電話番号（　　）　　－

個人番号

（※本人署名（自筆）の場合は、押印不要）

対象者	氏　名		生年月日	大・昭 平・令	年　月　日（　歳）
	住　所	佐賀市		（申請者との続柄：　　）	

受給資格等	身体障害者	手帳番号	県　第　　号	交　付	．　．
		等　級		再交付	．　．
		障害区分	視・聴・音・言・肢・内		
	知的障害者	療育手帳番号	県　第　　号	障害の程度	
		ＩＱ		再交付	．　．
	精神障害者	手帳番号	第　　号	交　付	．　．
		等　級	級	再交付	．　．
医療保険	記号・番号		資格取得年月日	年　月　日	
	名　称	・国民健康保険　・後期高齢者医療　・全国健康保険協会（　　）支部 ・（　　）健康保険組合　・（　　）共済組合			
	所在地				
	被保険者氏名	（対象者との続柄：　　）			

扶養義務	氏　名	続　柄	生年月日	個人番号

健康保険証（写）添付のこと（添付あれば記載不要）→

※佐賀市国保・佐賀県後期高齢以外は必ず添付。

同　意　書

1　資格認定又は助成額の決定に関して障害の等級等に関する資料、対象者及びその世帯の課税資料等を閲覧することに同意します。

2　保険者に対し加入状況及び付加給付、高額療養費等の支給状況を確認することに同意します。

3　高額療養費と助成額の支給を調整する場合は、助成額の範囲内で、高額療養費の一部又は全部を佐賀市長が受領することに同意します。

令和　　年　　月　　日

（宛先）佐賀市長　様

氏　名　　印

（※本人署名（自筆）の場合は、押印不要）

◎個人番号を利用して所得等の状況を照会することに対する同意書（個人番号を提供する者全員分）を添付してください。
ただし、佐賀市の課税台帳により所得等の状況を確認できる場合は同意書の添付を省略することができます

受給資格者番号		整理番号	
備　考 その他		令和　年　月　日資格証送付	