

## 新規

## 中度身体障害者医療費受給者証交付（更新）申請書

令和3年 4月 3日

盛岡市長 様

中度身体障害者医療費受給者証の交付（更新）を次のとおり申請します。申請に当たり、盛岡市個人番号の利用等に関する条例第3条に基づき、医療費の給付に係る受給者証の交付及び更新の申請に係る審査において、市長が地方税関係情報等を取得することに同意します。

給付を受けようとする人 (申請者)	フリガナ	タマヤマ ケンジ	性別	生年月日	連絡先	該当要件
	氏名	玉山 健二	男	昭和25年1月10日	090-1234-5678	身障手帳3級 身障手帳4級
	住所	盛岡市湊民字泉田999				
	転入の場合	本年1月1日時点の住所地	都道府県	市区町村	昨年1月1日時点の住所地	福島 都道府県 福島 市区町村
世帯員（同じ世帯の方）	フリガナ	性別	生年月日	続柄	住所地（転入の場合は記入）	
	氏名	玉山 良子	女	昭和27年2月20日	妻	上段（本年1月1日時点の住所地）
	①	タマヤマ リョウコ	男	昭和27年2月20日	妻	都道府県 市区町村 福島 都道府県 福島 市区町村
	②	タマヤマ コウイチ	男	昭和55年3月30日	子	都道府県 市区町村 福島 都道府県 福島 市区町村
	③	玉山 康一	女	昭和55年3月30日	子	都道府県 市区町村 福島 都道府県 福島 市区町村
	④		男	年 月 日		都道府県 市区町村
	⑤		女	年 月 日		都道府県 市区町村
保護者	保護者とは、給付を受けようとする人を監護している人 <input type="checkbox"/> 保護者なし <input checked="" type="checkbox"/> 世帯員（①）と同じ					
	フリガナ	性別	生年月日	続柄	連絡先	
	氏名		年 月 日		-	
加入保険証	<input type="checkbox"/> 別紙写しのおとり（保険証のおもて面の写しを添付の場合、この項目の記入は不要です）			被保険者氏名	玉山 康一	
	記号-番号-枝番	9876-543-01		資格取得年月日	平成14年4月1日	
	保険者番号	99090990		保険者名	〇〇健康保険組合	
振込口座	金融機関名	盛岡 銀行	信金協 信組・農協 その他	本店・支店名	内丸 支店	預金種別
	銀行コード(9999)			支店コード(003)	支所 出張所	普通・当座・貯蓄
口座番号		1 2 3 4 5 6 7	口座名義(カナ)		タマヤマ ケンジ	
送付類先の	※ 給付を受けようとする人の住所とは別の住所を指定する場合にご記入ください					
	住所	〒				あて名