受給者番号								

㊜

奈良市重度心身障害者老人等医療費助成申請書

次のとおり、奈良市重度心身障害者老人等医療費助成資格認定及び助成金の支給を申請します。
なお、申請にあたり、以下のことを確認し、同意します。

・受給申請時及び受給期間中に、世帯等の所得の状況を調査すること。
・この助成金の算出のため、重度心身障害者医療老人等医療費受給資格（後期高齢者）の情報を奈良県後期高齢者医療広域連合に提供すること。
・この助成金の算出のため、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）による後期高齢者医療の給付に関する情報を利用すること。
・この助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。

（宛先）奈良市長　　年　月　日

（申請者）

住所

（フリガナ）

氏名

電話番号

受給者との続柄

申請者記入欄	受給者	氏名	男・女	生年月日	年　月　日	
		個人番号				
		住所				
	申請事由	□ 心身障害者になったため □ ひとり親家庭等になったため □ 転入 □ 後期高齢者医療制度加入　　事由発生年月日 □ その他（　　）　　年　月　日				
	後期高齢者医療	被保険者番号		資格取得(認定)年月日	年　月　日	
		保険者番号		保険者名称		
	扶養義務者	氏名		住所	□申請者と同じ	
		個人番号				
		氏名		住所	□申請者と同じ	
		個人番号				
		氏名		住所	□申請者と同じ	
		個人番号				
	支払希望金融機関	金融機関名		支店名		
		口座番号	普通・当座	（フリガナ）口座名義人		
	添付書類	□ 障害者手帳（1級、2級）の写し、療育手帳（A・B）の写し □ 資格確認書又は資格情報通知書の写し ※ 口座名義人が受給者以外の場合は委任状が必要です。				

委任状

令和　　年　　月　　日

私は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　を代理人と定め、次の権限を委任する。

重度心身障害者老人等医療費助成金の受領に関すること。

受給者の住所・氏名

奈良市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

代理人の住所・氏名

奈良市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞