

GPRIME入力 附加給付停止通知 要・不要 保険 国保・社保・後期  
医療証 (交付 / 窓口・送付) 送付先変更(あり・なし)

医療証番号	第	号
<input type="checkbox"/> 障認 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 未申 <input type="checkbox"/> その他( )	※	

厚木市心身障害者医療費助成新規申請書

令和 年 月 日

(あて先) 厚 木 市 長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 (対象者)氏 名 \_\_\_\_\_

窓口に 住 所 \_\_\_\_\_ (対象者  
 来た人 氏 名 \_\_\_\_\_ との関係)

※私申請者は、本申請及び資格更新時に厚木市の担当職員が、私及び認定に必要な所得状況を確認すること及び私が加入している保険者に対し、資格及び保険給付の内容等についての確認と調整を行うこと及び、私の障害者手帳の情報について確認することに同意の上、助成を申請します。

フリガナ 対象者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
---------------	------	--	-------

住 所	電話 FAX	( )
-----	-----------	-----

個人番号	
------	--

障害の程度	身体障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	障害認定 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 ※知的障害者は判定日
	知的障害	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1	転入日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	精神障害	<input type="checkbox"/> 1級			

加入 の 医 療 保 険	被保険者	<input type="checkbox"/> 本人	保険者番号	
	資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	記 号 番 号
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 厚木市国保 <input type="checkbox"/> 協会健保 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合等 <input type="checkbox"/> 神奈川県後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 県外後期高齢者医療		

受 付 印

--