

芦屋市重度身体障害者（児）訪問リハビリ利用料助成事業助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

芦屋市長 宛

(申請者)

住 所 〒659-

芦屋市 町 番 ー 号

氏 名 _____ (印)

電 話 () ー _____

対象者との続柄 () _____

芦屋市重度身体障害者（児）訪問リハビリ利用料助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、必要書類を添えて芦屋市重度身体障害者（児）訪問リハビリ利用料助成事業助成金の支給を申請します。

申請に際し、申請者及び申請者と同一生計にある者について、市県民税課税台帳、住民基本台帳、生活保護及び特定中国残留邦人等支援給付制度の受給状況、国民健康保険の加入状況、身体障害者手帳の交付状況、介護保険サービスの利用状況及び訪問看護ステーションの利用状況の調査を行うことについて同意します。

| | | | | | |
|----------------------------------|--|-----------|------|---------------------|------|
| 対象者名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | | |
| 請求金額 | 円 (年 月分) | | | | |
| 高額療養費の該当の有無 | <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない | | | | |
| ※助成金の支給が決定した場合の振込先口座 | | | | | |
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 () | | | 本・支店 本・支所 出張所 | |
| | 金融機関コード | | | 支店コード | |
| 預金種別 | 普通・当座・貯蓄 | 口座番号(左詰め) | | | |
| 口座名義 (カタカナ) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 受給資格認定済 | | | | | |
| 世帯員 (同居) の 状 況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | 所得割額 |
| | | 本人 | | | 円 |
| | | | | | 円 |
| | | | | | 円 |
| | | | | | 円 |
| | | | | | 円 |

注) 受給資格認定済の場合は、「世帯員（同居）の状況」欄以降（裏面含む）の記入は不要です。

申請者が加入する医療保険・手帳の交付状況について

| | | | | |
|--|--------|-----------------|----------------------------|----------------------------|
| 加入医療保険 | 保険者名 | 国保・社保・健保組合・共済組合 | | |
| | | その他（ ） | | |
| | 被保険者氏名 | 対象者との続柄 | | |
| | 記号・番号 | 記号 | 番号 | |
| | 自己負担割合 | 割負担 | | |
| 身体障害者手帳の交付状況 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 1級・2級 | 第 号 | |
| | | S・H・R | 年 | 月 日交付 |
| | | 障がい名 | | |
| 介護保険サービスの利用状況 | | | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 生活保護又は特定中国残留邦人等支援給付制度の受給状況 | | | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 受療医療機関 | 名称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 訪問看護ステーション等 | 名称 | | | |
| | 所在地 | | | |

(市記入欄)

| | | | |
|----------------------|---|--------------|------------------------|
| 資格認定審査 | <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 却下 | | |
| 助成決定額 | 円 | | |
| (内訳) | | | |
| A 支払った負担金 (保険適用分) | B その他給付金 | C 総額の 10/100 | D 支給決定額 (A - B - C) |
| | | | |

(確認欄)

| | | | |
|----|----|---|---|
| 課長 | 係長 | 係 | 係 |
| | | | |