

重度心身障害児者医療費受給者証交付(更新・再交付)申請書									
受給者	フリガナ				男・女	住 所	御坊市		
	氏 名	個人番号:							
	生年月日	年 月 日 生							
加入医療保険	被保険者 (保険証表紙に 記名の人)	氏 名	個人番号:			受給者との 続 柄			
		住 所							
	保険種別	種 別	国 保 ・ 国 退 ・ 協 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 後 期 ・ ()				附加給付の有無	有 ・ 無	
		記 号				番 号			
	被保険者証 発行機関名	名 称				所 在 地			
世 帯 員		氏 名	個人番号:			受給者との 続 柄			
		氏 名	個人番号:			受給者との 続 柄			
		氏 名	個人番号:			受給者との 続 柄			
		氏 名	個人番号:			受給者との 続 柄			
		氏 名	個人番号:			受給者との 続 柄			
上記のとおり重度心身障害児者医療費受給者証の交付を受けたいので申請します。									
年 月 日									
受給者(本人)									
住 所 御坊市									
氏 名									
電話番号 () - -									
扶養義務者(支給対象者等)									
(受給者が20歳未満の場合のみ、必ず記入してください。)									
住 所 御坊市									
氏 名									
電話番号 () - -									
御坊市長 様									

資格及び取得日	1. 身体障害者手帳 級		年	月	日	～	年	月	日	
	2. 療育手帳 A		年	月	日	～	年	月	日	
	3. 特別児童扶養手当 1 級		年	月	日	～	年	月	日	
	4. 精神障害者保健福祉手帳 1 級		年	月	日	～	年	月	日	
交 付 事 由	1. 資格適用 2. 転入 3. 保険加入 4. その他()					交付事由 発生日	年 月 日			
審 査	交 付 ・ 却 下 (所 得 ・ 保 険 ・)									
備 考										
	総 所 得			配	老 人	扶 養	本 障	老 寡 勤	控除(雑損、医療費、社保料、小規模、 配偶者、扶特障、扶障等)	控 除 後 所 得
受 給 者										
扶 養 義 務 者 等										
受 給 者 番 号	重 身 障 害 心									

同意書

私は、御坊市重度心身障害者等医療費の支給に関する条例による受給者証の交付（更新及び記載事項の変更等を含む）を受けるにあたり、本人及び同一世帯員並びに加入医療保険の被保険者全員について、重度心身障害者等である期間、下記支給要件等の調査に係る一切を御坊市長に委任すること及び医療に関する法令の規定等により、国又は地方公共団体等が負担した額を請求及び受領する権利を御坊市長に委任することに同意します。

1. 住民基本台帳に関すること。
2. 医療保険の加入状況等に関すること。
3. 所得及び課税状況等に関すること。
4. 生活保護に関すること。
5. 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳及び特別児童扶養手当に関すること。

令和 年 月 日

<本人>

住 所 御坊市 _____

氏 名 _____ (印)

<扶養義務者（本人が20歳未満の場合のみ、必ず記入してください）>

住 所 御坊市 _____

氏 名 _____ (印)

(市役所使用欄)

区分：重 身 障 心 No :