

重度障害者医療費受給資格〔認定・更新〕申請書 (兼台帳)

医療証番号		資格認定年月日	年	月	日
申請事由	新規・更新・転入・その他( )			年齢区分	65歳未満 ・ 65歳以上
①受給者	ふりがな	(男・女)	住所	〒 -	
	氏名				
		年 月 日生			
	個人番号				
②障害の状態	身体障害の状況	程度(等級別)	の の 級		
		身障手帳の番号	年 月 日発行第	号(再判定	年 月)
	知的障害の状況	程度	重度 ・ 中度	判定機関	
		判定日	年 月 日(再判定	年 月)	摘要
精神障害の状況	程度(等級別)				
	精神手帳の番号	年 月 日発行第	号(期限	年 月 日)	
国民年金受給者	証書番号	第 号	傷病名	有期認定	年 月 日まで
特別児童扶養手当受給者		第 号			年 月 日まで
③医療保険	被保険者氏名				受給者との続柄
	保険種別	政・組・日・船・共・国・後期			被保険者証の記号番号
	保険者名				保険者番号
その他	同居者氏名	(続柄 )	(続柄 )	(続柄 )	
		(続柄 )	(続柄 )	(続柄 )	
上記のとおり、重度障害者医療費受給資格〔認定・更新〕を申請します。					
<input type="checkbox"/> 当該申請に関して小郡市が住民基本台帳及び市町村民税に係る情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。					
<input type="checkbox"/> 高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を小郡市へ委任します。					
小郡市長 殿 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>					
申請者		住所	印		
		氏名			
		電話番号			
所得状況	本人	配偶者	扶養義務者		
控除後の所得額	円	円	円		
控除対象親族等	人	人	人		
限度額	円	円	円		