

重度心身障害者医療費受給者証 交付申請書

呉市長 様

令和 年 月 日

下記のとおり、重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。
 なお、受給資格の認定及び更新に当たり、私及び私の配偶者並びに扶養義務者の所得状況等について
 公簿等で確認することに同意します。(配偶者及び扶養義務者の同意も得ています。)

申請者

住所

窓口に来られた方
18歳未満
の場合は
保護者

フリガナ

氏名

受給者との続柄()

電話番号 - -

受給者	フリガナ	《住所》※申請者と同じ場合は省略可		
	氏名	呉市		
	大平 昭令 年 月 日生 男女			
	個人番号(マイナンバー)	電話番号 - -		
配偶者	《氏名》	《住所》※受給者と同じ場合は省略可		
	個人番号(マイナンバー)			
扶養義務者	《氏名》	《住所》※受給者と同じ場合は省略可		
	(続柄)			
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(呉市) (保険者番号 340026) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(広島県) (保険者番号 39342027) <input type="checkbox"/> 社会保険・共済組合・国保組合等 (保険者番号)		生活保護の受給	有・無
	名称:		原爆手帳の所持	有・無
	《被保険者氏名》※受給者本人の場合は省略可		《記号・番号》	
【障害の状況】 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 : (1級 ・ 2級 ・ 3級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 : (A ・ A ・ B) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 : 1級		手帳番号	県 第 号	号
		交付年月日	昭・平・令 年 月 日	
		判定年月	平・令 年 月 (療育のみ)	

..... 以下は記入しないでください

受付	担当者	主査	GL	課長	審査結果	新規・転入・生保廃止・後期移行 所得超過・その他()	
					該 当 非該 当		
受給者番号	②				有 効 期 限	②	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	④					④	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	⑤					⑤	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
備考						入力	受付印
						決裁	
						郵送	
<input type="checkbox"/> 手帳確認 <input type="checkbox"/> 受給者証確認 <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 課税台帳記載事項証明書等							