

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

受給者の認定及び受給者証の交付を申請します。

なお、資格要件の確認及び助成額の決定に関し必要がある場合には、対象者、世帯の生計を主として維持する者(生計維持者)及び世帯員の所得・課税状況、住民登録情報、医療保険の資格情報、給付内容等について恵庭市が調査することに同意します。

＜受給対象者＞（障害者手帳を持っている方、重度の知的障害と診断された方）

フリガナ	エニワ ハナエ	生年月日	S ○ 年 ○ 月 ○ 日
氏名	恵庭 花絵	個人番号	- この手続では個人番号の記入は不要です -
住所 (建物名等)	恵庭市京町 1 番地		

＜受給資格要件の状況＞

<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳： 1級・2級・3級（内部・外部）	交付年月日	年	月	日
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳：1級		第		号
<input type="checkbox"/> 療育手帳：A判定		年	月	日(外来・入院)
<input type="checkbox"/> 知的障害（総合判定：重度）	判定（診断）年月日	年	月	日
	判定（診断）機関名			

記入不要です

生計維持者 ※本人以外の場合	恵庭 岳男	続柄	本人 ・ (夫)
※生年月日	大平 昭 令 ○ 年 ○ 月 ○ 日	※住所	

＜申請者＞（受給者本人等）

恵庭市長 様		(申請日)	R ○ 年 ○ 月 ○ 日
フリガナ	エニワ タケオ	生年月日	S ○ 年 ○ 月 ○ 日
署名	恵庭 岳男	個人番号	- この手続では個人番号の記入は不要です -
氏名		電話番号	○○○-○○○-○○○
住所 (建物名等)	<input checked="" type="checkbox"/> 受給対象者と同じ (記入不要)	続柄	受給者証が必要な方から見て 本人 その他(夫)

↑ 受給対象者と住所が異なる場合のみ記入してください

恵庭市使用欄

本人確認	代理権確認手段	事由
① 番 免・パ・手帳 他()	<input type="checkbox"/> 受給者証	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止
② 証・年金・遺書 介・社員・学生 他()	<input type="checkbox"/> 健康保険情報	<input type="checkbox"/> その他()
③ ア	<input type="checkbox"/> 委任状	認定年月日 年 月 日から
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳	年 7月31日まで
	<input type="checkbox"/> 他()	65歳の誕生日・後期加入の前日まで
宛名番号		精神手帳の有効期限(年 月 日まで)
受給者番号		決 定
世帯	受	1. 適当と認められたので受給者証を交付する。
<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 障初	2. 課税負担割合と同等のため
	<input type="checkbox"/> 老初	交付しない。
		3. 受給者証は交付しない。
後 期	1割 ・ 2割 ・ 3割	<input type="checkbox"/> 所得制限該当のため
区 分	道(※一部市費) ・ 市	<input type="checkbox"/> その他()
備 考		決定年月日 年 月 日
窓口交付 ()		決 裁 欄
郵送 ()		課長 主査 担当
<input type="checkbox"/> 住登外登録		
<input type="checkbox"/> 住所管理登録		

記入不要です

日中に連絡のとりやすい番号を記入してください