

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

恵庭市長様

申請者 住所 恵庭市

氏名

対象者との続柄 本人・その他（ ）

電話番号

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、住民登録情報等について恵庭市が調査することに同意します。

対象者	対象者	フリガナ		住所	〒 〇〇〇〇 恵庭市 〇〇〇〇 電話番号		※申請者と同住所の場合は記載なし	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生		性別	男・女			
	世帯主			続柄	本人・（ ）			
状況	生計維持者			続柄	本人・（ ）			
	※本人以外の場合	※生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	※住所				
受給資格要件	身体障害者手帳	交付年月日	昭・平・令 年 月 日	番号	第 〇〇 号	種類	第 〇 種	
		等級			級 ※内部・外部			
	※障がいによる医療の開始日	入院	年 月 日	機関名			電話番号	
療育手帳	交付年月日	昭・平・令 年 月 日	番号	第 〇〇 号	判定	A ・ B		
	※判定（診断）	昭・平・令 年 月 日	機関名	総合判定	重 ・ 中 ・ 軽			
精神保健福祉手帳	交付年月日	昭・平・令 年 月 日	番号	第 〇〇 号	等級	1 級		
医療保険	被保険者（世帯主）			保険者番号				
	取得年月日	年 月 日		記番号				
所得	扶養人数	人（うち老人 人）		所得額	円	所得制限		
	控除額	円		所得控除後の額	円	□ 超過		
	住民税	課税 ・ 非課税		所得制限額	円			

※決定欄	1. 上記申請内容を審査の結果、適当と認められるので受給者証を交付する。							
	2. 次の理由により、上記申請を却下する。（理由： ）							
	受給者番号				自己負担区分			
	障 ・ 障老				課（1割 ・ 2割） ・ 初（初診時一部負担金）			
	道 ・ 市費区分		道（※一部市費） ・ 市		後期負担割合		1割 ・ 2割 ・ 3割	
	資格取得年月日		令和 年 月 日から		交付時の証有効期限	<input type="checkbox"/> 年度末（ 年7月31日）まで <input type="checkbox"/> 65歳の誕生日前日まで <input type="checkbox"/> ※精神手帳の有効期限まで		
取得事由		新規認定・転入・生保廃止・更新・その他（ ）						
課長	主査	担当	入力	決定年月日	令和 年 月 日			
備考				□後期（般Ⅰ ・ 般Ⅱ）のため証発行なし				

注 ※欄は記入しないでください。