

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、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。

対 象 者 の 状 況	対 象 者	フリガナ		住 所	恵庭市 ※上記と同じ場合は記入不要	
					電話番号	
		生年月日	大 昭 平 令	年 月 日	性 別	男 ・ 女
	世 帯 主				続 柄	本人 ・ ()
	生計維持者 ※本人以外の場合				続 柄	本人 ・ ()
		※生年月日	大 昭 平 令	年 月 日	※住所	
医 療 保 険	保険者の名称(保険者番号) ()					
	(被保険者名) ☐ 受給者に同じ			(認定年月日) 平成 年 月 日 令和		
受 給 資 格 要 件 の 状 況	身体障害者手帳	交付年月日 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 番 号 第 号			等 級	※ 内部 ・ 外部 級
		※ 障がいによる 医療の開始日	平 ・ 令 年 月 日	入院 ・ 外来	医療機関名	電話番号
	療育手帳	交付年月日 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 番 号 第 号			判定	A ・ B
		判定(診断) 機 関 名	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		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 号			等 級	1 級
		有効期限 令和 年 月 日				

※所得状況

所得控除後の額	円	住民税	課税 ・ 非課税
所得制限額	円	☐ 所得制限超過	

※	1 申請内容が適当と認められるので、受給者証を交付する。					
	2 申請内容が適当と認められるが、老課（ 1割 ・ 2割 ）世帯により受給者証を交付しない。					
	3 次の理由により、受給者証は交付しない。 所得超過 ・ その他（ ）					
	受 給 者 番 号			自 己 負 担 区 分		
	障 ・ 障老			初（初診時一部負担金） ・ 課 （ 1割 ・ 2割 ）		
	道 ・ 市 費 区 分		道（※一部市費） ・ 市		後 期 負 担 割 合	
					1割 ・ 2割 ・ 3割	
決	資格取得年月日		令和 年 月 日 から		交 付 時 の 証 有 効 期 限	
					☐ 令和 年 7月 31日 まで ☐ 65歳の誕生日 ・ 後期加入 の前日まで ☐ 精神手帳の有効期限まで	
定	備 考					
	資格取得事由		1 新規 2 転入 3 生保廃止 4 更新 5 その他（ ）			
欄	課長		主査		担当	
				入力		
				決定年月日		
				令和 年 月 日		
				窓口交付（ / ） 郵送 （ / ）		

注 ※欄は記入しないでください。