

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。

対象者の状況	対象者	フリガナ		住所	〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇 恵庭市 ※申請者と同住所の場合は記載なし 電話番号		
		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・()		
	生計維持者			続柄	本人・()		
※本人以外の場合	※生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生		※住所			
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		種類	第 種	
		番号	第 号		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
			通院	年 月 日			
	療育手帳	交付年月日	昭・平・令 年 月 日		判定	A ・ B	
		番号	第 号		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		等級	1 級		
	番号	第 号					
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・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	□後期一般課のため証発行なし		

注 ※欄は記入しないでください。