

重度心身障害者医療費受給者証交付・更新申請書

申請者	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏名												(歳)		
	個人番号														
	住所	(電話番号 — —)													
配偶者	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏名														
	個人番号														
	住所	□申請者と同じ ※同居の場合は、記載は不要です。													
扶養義務者	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏名														
	個人番号														
	住所	□申請者と同じ ※同居の場合は、記載は不要です。										申請者との続柄			
障害等の状況	身体障害者手帳番号	手帳番号	第	号	等級	□1級 □2級 □3級									
	療育手帳番号	手帳番号	第	号	障害の程度	□㊤ □A □㊦									
	精神障害者保健福祉手帳番号	手帳番号	第	号	等級	□1級									
	自立支援医療受給者証(精神通院医療)	受給者番号	第	号	—	—									
加入保険等	被保険者氏名											申請者との続柄			
	記号・番号	記号										番号			
	保険者名											保険者番号			
	資格取得年月日	年 月 日													
	被保険者住所	□申請者と同じ ※申請者と同じ場合は、記載は不要です。													
<p>(1) 上記のとおり、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、廿日市市重度心身障害者医療費支給条例に基づく医療費の支給、資格の認定及び受給者証の更新に係る要件について審査するため、廿日市市が所得の状況、世帯の状況等について、私、配偶者、私の世帯員及び扶養義務者の住民票の原本及び市町村民税課税台帳等によって調査をすることに同意します。</p> <p>なお、このことについては、配偶者、世帯員及び扶養義務者の同意を得ています。</p> <p>(2) 高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号に定める障害の程度に該当した場合は、同条に定める障害認定の申請を行います。</p> <p>(3) 住民票を異にする配偶者及び扶養義務者が生じたときは、速やかに届け出ます。</p> <p>廿日市市長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p>															