重度障害者医療費受給資格認定（更新）申請書

次のとおり、重度障害者医療費受給資格認定の申請をします。

なお、大竹市重度心身障害者医療費支給条例に基づく資格認定及び受給者証更新審査のために、私の世帯員・扶養義務者の住民基本台帳及び市町村民税課税台帳等の閲覧に同意します。

年　　月　　日

大　竹　市　長　様

住 所

（申請者）

氏 名

個人番号

該当する数字に○を付けてください。

1　知的障害者　　後期高齢者医療の対象者か　1　そうである

2　身体障害者　　2　そうでない

受給者	フリガナ 氏名 男・女		個人番号	
			生年月日	年　月　日
	住所（居住地） 〒739-06　大竹市		連絡先（　　）　－	
	配偶者氏名		個人番号	
			同居・別居（住所：　　）	
	扶養義務者氏名	続柄	個人番号	
			同居・別居（住所：　　）	

医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
	保険の種類	1 協会けんぽ　2 健保組合　3 共済組合　4 国保　5 国保組合　6 後期		
	記号・番号		付加給付の有無	有・無
	保険者		保険者番号	
	保険者所在地			

身体障害者手帳	手帳番号　市　号	障害の程度
	交付年月日　年　月　日	1級・2級・3級
療育手帳	手帳番号　第　号	障害の程度　Ⓐ・A・Ⓑ
	判定年月日　年　月　日	次期判定年月（　年　月）

受付年月日	年　月　日	交付年月日	年　月　日
受給者番号		公費負担者番号	
有効期限	年　月　日　～　年　月　日まで		

起案：　年　月　日	決裁	課長	係長	係員	公印使用承認	・認定
決裁：　年　月　日						・却下 ☐ 受給者所得 ☐ 配偶者所得 ☐ 扶養義務者所得
施行：　年　月　日						
完結：　年　月　日						