重度心身障害者医療費受給者証交付申込書

重度心身障がい者
医療受給者証
記入例

令和　○　年　○　月　○　日

様

世帯主　住　　所　千歳市東雲町２丁目34番地
氏　　名　千歳　太郎
電話番号　0123 － 24 － 0289
対象者との続柄　（ 本人・夫・妻・父・母 ）

次のとおり重度心身障害者医療費受給者証の交付を申し込みます。
なお、医療費の助成に必要な範囲において世帯の所得及び課税状況の公簿による確認を承諾します。

※受給者番号		受給者個人番号	

申込内容	対象者の状況	ふりがな	ちとせ　はなこ	男・女	（住所）千歳市　東雲町２丁目34番地
		対象者	千歳　花子		
		生年月日	T・S・H・R 36 年 6 月 8 日（ 58 歳）		
		ふりがな	ちとせ　たろう		（住所）同上
		世帯主	千歳　太郎		
		対象者との続柄	本人・夫・妻・父・母・		
		世帯主個人番号			

受給資格要件の状況	身体障害者手帳	（交付年月日）令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	種類	心臓機能	
		（番号）北海道 第 123456 号	等級	1 － 1 級	
	知能指数の判定 療育手帳	（交付年月日）年 月 日	判定	A ・ B	
		（番号）北海道 第 号			
	知能指数の判定 判定（診断）	（判定（診断）年月日）年 月 日	総合判定（診断）	重度・中度・軽度	
		（判定（診断）機関名）			
	精神障害者保健福祉手帳	（有効期限）年 月 日	等級	― 級	
		（手帳番号）北海道 第 号			
	医療保険 種別	協・組・日・船・共・国・組国・後	記号番号	335566 － 725	付加給付 有・無
	医療保険 被保険者（世帯主）	千歳　太郎	被保険者証発行機関	（名称）全国健康保険協会北海道支部 （番号）０１０１０００１６	
	添付書類	課税台帳確認（ ／ ）・課税証明・身障手帳（写）・療育手帳（写）・福祉手帳（写）・医師の意見書・申立書			

※決定欄	医療費の助成に必要な範囲において世帯の所得及び課税状況			所得金額 円				課税状況	課税・非課税
	課長		係長		係		受付	決定年月日	令和　年　月　日

□1-1　上記申込内容を審査の結果、適当と認められるので受給者証を交付する。
□1-2　上記申込内容を審査の結果、適当と認められ台帳に登録するが、老課１割負担世帯により証は交付しない。
年　月　日から（障初・障課・老初・老課）該当とする。
□2　次の理由により上記申込みを不承諾とする。
理由：
転入（　年　月　日）

注　※欄は、記入しないでください。　　受給者証：（未交付・当日交付・郵送　／　）