

重度心身障害者医療費受給者証交付申込書

令和 年 月 日

千 歳 市 長 様

世帯主 住 所
氏 名
電話番号 — —
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				男 ・ 女	(住所)										
		対 象 者					千歳市										
		生 年 月 日				T・S・H・R 年 月 日 (歳)											
		ふりがな				(住所)											
		世 帯 主															
		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) 年 月 日 (番 号) 北海道 第 号				種 類									
								等 級	一 級								
		知能 指数 の 判 定	療育手帳	(交付年月日) 年 月 日 (番 号) 北海道 第 号				判 定	A ・ B								
判 定 (診 断)			(判定 (診断) 年月日) 年 月 日 (判定 (診断) 機関名)				総合判定 (診 断)	重度・中度・軽度									
精神障害者 保健福祉手帳		(有 効 期 限) 年 月 日 (手 帳 番 号) 北海道 第 号				等 級	一 級										
医 療 保 険		種 別	協・組・日・船・共・ 国・組国・後			記号 番号	一			付加給付	有・無						
		被保険者 (世帯主)				被保険者証 発 行 機 関	(名称) (番号)										
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				課税状況		課税 ・ 非課税					
						円											
	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 /)