

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 (住所)	
		対 象 者	千歳 花子 女 千歳市 東雲町2丁目34番地	
		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)	
		世 帯 主	千歳 太郎	
		対象者との続柄	本人・夫・妻・父・母・ 同 上	
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	
		(番 号)	北海道 第 123456 号	
	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 (診 断)	(判定(診断)年月日)	年 月 日	総合判定
		(判定(診断)機関名)		重度・中度・軽度
精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳	(有効期限)	年 月 日	等級	
	(手帳番号)	北海道 第 号	一 級	
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	
	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) 01010016	
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		決定年月日	令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。		転入( 年 月 日)		
<input type="checkbox"/> 2 次の理由により上記申込みを不承諾とする。 理由：				

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 / )