

## 様式第1号（その1）（第2条関係）

## 重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

帯広市長

様

住 所 帯広市 \_\_\_\_\_

申請者

氏 名 \_\_\_\_\_

(電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。また、受給資格確認のため、課税台帳その他  
の所得状況及び受給資格を確認できる公簿等の閲覧を行うことに同意します。

|                             |  |                   |                  |            |                             |                  | ※受給者番号    | _____                          | _____ | _____                         | _____ | _____ |   |   |  |
|-----------------------------|--|-------------------|------------------|------------|-----------------------------|------------------|-----------|--------------------------------|-------|-------------------------------|-------|-------|---|---|--|
| 受 給 者                       | フリガナ   |                   |                  |            |                             |                  | 住 所       |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
|                             | 氏 名  |                   |                  |            |                             |                  |           |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
|                             | 生年月日   | 年                 | 月                | 日          | (満)                         | 歳                |           | 個人番号                           |       |                               |       |       |   |   |  |
| 世 帯 員 等                     | 世 帯 主  | フリガナ              |                  | 生年月日       | 年                           | 月                | 日         | 個人番号                           |       |                               |       |       |   |   |  |
|                             | 氏名   |                   | 居 所              |            |                             |                  |           |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
|                             | 世 帯 員  | フリガナ              |                  | 生年月日       | 年                           | 月                | 日         | 個人番号                           |       |                               |       |       |   |   |  |
|                             | 氏名   |                   | 居 所              |            |                             |                  |           |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
| 世 帯 員                       | フリガナ   |                   | 生年月日             | 年          | 月                           | 日                | 個人番号      |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
| 氏名                          |  | 居 所               |                  |            |                             |                  |           |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
| 税法上の扶養主又は<br>健康保険の被保険者      | フリガナ   |                   | 生年月日             | 年          | 月                           | 日                | 個人番号      |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
| 氏名                          |  | 居 所               |                  |            |                             |                  |           |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
| 身体障害者<br>手 帳                | 交付年月日  | 年                 | 月                | 日          | 身体障害者等級表<br>に よ る 級 別       |                  |           | 級                              |       |                               |       |       |   |   |  |
| 番 号                         | 第  | 号                 |                  |            |                             |                  |           |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
| 療 育 手 帳                     | 交付年月日  | 年                 | 月                | 日          | 判 定                         |                  |           | A · B                          |       |                               |       |       |   |   |  |
| 番 号                         | 第  | 号                 |                  |            |                             |                  |           |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
| 知的障害の<br>判 定                | 判定機関名<br>判定年月日   |                   |                  |            | 総 合 判 定<br>(診 断)            |                  |           | 重度・中度・軽度                       |       |                               |       |       |   |   |  |
| 精 神 障 害<br>者 保 健 福<br>祉 手 帳 | 交付年月日  | 年                 | 月                | 日          | 障 害 等 級                     |                  |           | 級                              |       |                               |       |       |   |   |  |
| 手 帳 番 号                     | 第  | 号                 |                  |            |                             |                  |           |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
| 保 加 入<br>險 医 等 療            | 保 保 保 保<br>險 金 金 金 金<br>種 別 (後期高齢)                                 | 協・組・日・船・共・国       |                  |            | 記号番号                        |                  |           |                                | 付 加 納 | 付 加 納                         |       |       |   |   |  |
| 被保険者証<br>発行機関名              |  |                   |                  |            | 所 在 地                       |                  |           |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
| 書添<br>類付                    |  |                   |                  |            |                             |                  |           |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
| ※<br>調査得                    | 所 得 額<br>A   | 社会保険料<br>B        | 所得金額合計<br>C(A-B) | 控 除 額<br>D | 審 査 対 象<br>所得額<br>C-D       | 扶 養 人 数          | 所 得 限 度 額 |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
|                             | 円  | (一律控除)<br>80,000円 | 円                | 円          | 円                           | 人<br>(老人加算)<br>人 | 円         |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
| ※<br>決<br>定<br>欄            | 課 長  | 課長補佐              | 係 長              | 係          |                             | 起案年月日            | 年         | 月                              | 日     |                               |       |       |   |   |  |
|                             |  |                   |                  |            |                             | 決裁年月日            | 年         | 月                              | 日     |                               |       |       |   |   |  |
|                             | 障 老 該 当 年 月 日  |                   |                  |            |                             | 有効年月日            | 年         | 月                              | 日     |                               |       |       |   |   |  |
|                             | 1 上記申請内容を審査の結果、適當と<br>認められたので受給者証を交付する。<br>2 次の理由により上記申請を却下す<br>る。 |                   |                  |            | 【一部負担金の割合】                  |                  |           | <input type="checkbox"/> 非課税世帯 |       | <input type="checkbox"/> 課税世帯 |       |       |   |   |  |
|                             |  |                   |                  |            | <input type="checkbox"/> 無し |                  |           | 満6歳以降最初の3月<br>31日まで            |       | 年                             |       | 月     | 年 | 月 |  |
|                             |  |                   |                  |            | <input type="checkbox"/> 1割 |                  |           | 満6歳以降最初の3月<br>31日までの日の翌月       |       | 年                             |       | 月     | 年 | 月 |  |
| 却下理由                        |  |                   |                  | 備 考        |                             |                  |           |                                |       |                               |       |       |   |   |  |
| 住民コード                       |  |                   |                  |            |                             |                  |           |                                |       |                               |       |       |   |   |  |

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。