

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

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 日生 (満 歳)					
世帯主 健康保険の 被保険者	氏 名			住 所			
	受給者との続柄						
身体障害者 手帳	交付年月日	年 月 日	身体障害者等級表	級			
	番 号	第 号	による級別				
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 判 定	判定機関名			総 合 判 定	重度・中度・軽度		
	判定年月日			(診 断)			
精神障害 者保健福 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 険医 等療	保 険 種 別	協・組・日・船・共・国 (後期高齢)		記号番号	付加給付		有 無
	被保険者証 発行機関名			所在地			
書添 類付							
※ 調所 査得	所 得 額	社会保険料	所得金額合計	控 除 額	審 査 対 象	扶 養 人 数	所 得 限 度 額
	A 円	B (一律控除) 80,000円	C(A-B) 円	D 円	C-D 円	人 (老人加算 人)	円
※ 決 定 欄	課 長	課長補佐	係 長	主 任	係	起案年月日	年 月 日
						決裁年月日	年 月 日
						起案者職氏名	
		障老該当年月日	年 月 日	有効年月日	年 月 日		
		1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。			【一部負担金の割合】	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯	
		2 次の理由により上記申請を却下する。			<input type="checkbox"/> 無し	満6歳以降最初の3月 年 月 日まで 31日まで	
	却下理由			<input type="checkbox"/> 1割	満6歳以降最初の3月 年 月 から 31日までの日の翌月		
	住民コード			備 考			

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。