

|    |    |    |   |
|----|----|----|---|
| 課長 | 主幹 | 係長 | 係 |
|    |    |    |   |

## 重度心身障がい者医療費受給資格登録申請書

平成 年 月 日

音更町長 あて

|     |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|-----|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 申請者 | 住所      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|     | 氏名      | ㊟ |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|     | 個人番号    | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ |  |
|     | 対象者との続柄 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|     | 電話      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |

申請者欄は、障がい者の生計を主として維持する者を記入してください。

重度心身障がい者医療費受給者証の交付を受けたいので、資格登録の申請をします。

なお、重度心身障がい者医療費助成の資格の登録及び継続（更新）の手續にあたっては、音更町が私及び私の世帯員の所得状況等について、調査することに同意します。

また、今回の申請並びに更新時において、受給者証の交付対象とならなかったときは、その後の更新期間に受給者証の交付を受けようとする際、再度申請書を提出します。

|        |   |                       |  |       |           |
|--------|---|-----------------------|--|-------|-----------|
| ※受給者番号 |   | ※資格取得年月日              |  | 年 月 日 |           |
| 受給対象者  | ふりがな<br>氏名  |                       |  |       | 性別<br>男・女 |
|        | 生年月日  | { 明治・大正・昭和・平成 } 年 月 日 |  |       |           |
|        | 個人番号  | ⋮                     | ⋮  | ⋮     | ⋮         |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名  |                       |  |       |           |
|        | 被保険者住所  |                       |  |       |           |
|        | 記号番号  | (記号)                  | (番号)   |       |           |
|        | 保険者番号   |                       |  |       |           |
|        | 保険者の名称  |                       |  |       |           |
| 事由     | <input type="checkbox"/> 更新による申請<br><input type="checkbox"/> 重度心身障がい者認定による申請<br><input type="checkbox"/> 他の市(区)町村からの転入<br><input type="checkbox"/> 医療保険加入<br><input type="checkbox"/> 満65歳到達による申請 (後期医療加入日 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>上記の事由発生年月日 (昭和・平成 年 月 日)<br>障がいの等級等 (1級・2級・3級・A判定・診断書) | ※町審査欄                 | <input type="checkbox"/> 該当<br><br><input type="checkbox"/> 非該当<br>理由 <input type="checkbox"/> 所得制限 ( 円)<br><input type="checkbox"/> |       |           |
|        | 注 ※印の欄は、記入しないでください。   |                       | (町処理年月日) 平成 年 月 日  |       |           |

※事務処理欄

※申請事由確認方法

※申請日以前の資格取得事由

| 受付 | 交付方法   | 確認者 | 確認方法  | 確認者 | 事由  | 入力者 |
|----|--|-----|---|-----|---|-----|
| ㊟  | <input type="checkbox"/> 窓口交付<br><input type="checkbox"/> 郵送交付<br>( 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 課税世帯のため登録のみ | ㊟   | <input type="checkbox"/> 手帳等<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | ㊟   | <input type="checkbox"/> 手帳等交付前に通院したため<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | ㊟   |