別記第１号様式（第６条関係）

課長	係長	主査	係

重度心身障がい者医療費受給資格登録申請書

令和　　年　　月　　日

音更町長　あて

申請者	住　所	
	氏　名	（ 署名 又は 記名・押印 ）
	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）の手続にあたっては、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 氏　名		
	生年月日	{ 大正・昭和・平成・令和 }　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		
	保険者の所在地		
事由	□ 更新による申請 □ 重度心身障がい者認定による申請 □ 他の市(区)町村からの転入 □ 医療保険加入 □ 満65歳到達による申請（後期医療加入日　年　月　日） □ その他　（　） 上記の事由発生年月日（ 令和　年　月　日 ） 障がいの等級等　（１級・２級・３級・A判定・診断書）	※町審査欄	□ 該当 □ 非該当 理由 □ 所得制限（　円） □
注　※印の欄は、記入しないでください。		（町処理年月日）	令和　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
㊞	□ 窓口交付 □ 郵送交付 （　年　月　日） □ 課税世帯のため登録のみ	㊞	□ 手帳等 □ その他 （　）	㊞	□ 手帳等交付前に通院したため □ その他 （　）	㊞