

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 氏 名				性別 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					
	保険者の所在地					
事由	<input type="checkbox"/> 更新による申請 <input type="checkbox"/> 重度心身障がい者認定による申請 <input type="checkbox"/> 他の市(区)町村からの転入 <input type="checkbox"/> 医療保険加入 <input type="checkbox"/> 満65歳到達による申請 (後期医療加入日 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生年月日 (昭和・平成 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	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 理由 <input type="checkbox"/> 所得制限 (円) <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 <input type="checkbox"/> 郵送交付 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 課税世帯のため登録のみ	㊟	<input type="checkbox"/> 手帳等 <input type="checkbox"/> その他 ()	㊟	<input type="checkbox"/> 手帳等交付前に 通院したため <input type="checkbox"/> その他 ()	㊟