

(様式第1号)

重度障がい者医療費受給資格〔認定・更新〕申請書 (兼 台帳)																	
医療証番号								資格認定年月日		年 月 日							
申請事由		新規・更新・転入・その他()						年齢区分		3歳から15歳・65歳未満・65歳以上							
① 受給者	ふりがな	(男・女)						住所	〒 ー								
	氏 名																
	生年月日	年 月 日生															
	個 人 番 号																
	ふりがな	(男・女)						住所	〒 ー								
	保護者氏名																
個 人 番 号																	
② 障がいの状態	身体障がいの状況		程度(等級別)		の の 級												
			身障手帳の番号		年 月 日発行 第 号(再判定 年 月)												
	知的障がいの状況		程度	重度・中度		判定機関											
			判定日	年 月 日(再判定 年 月)						摘要							
	精神障がいの状況		程度(等級別)		の の 級												
			精神手帳の番号		年 月 日発行 第 号(期限 年 月 日)												
	国民年金受給者		証書番号	第 号	傷病名				有期認定	年 月 日まで							
	特別児童扶養手当受給者			第 号						年 月 日まで							
③ 医療保険	被保険者氏名								受給者との続柄								
	保険種別		協・組・日・船 共・国・後期						被保険者証の記号番号								
	保険者名								保険者番号								
	所在地								付加給付の有無		有・無						
	高額療養費代理受給委任状の有無		有・無														
④ その他	同居者氏名		(続柄)				(続柄)				(続柄)						
			(続柄)				(続柄)				(続柄)						
	施設入居の有無		有・無		他に受けることができる公費負担												
上記のとおり、重度障がい者医療費受給資格〔認定・更新〕を申請します。 みやこ町長 様 年 月 日 申請者 住所 氏名																	
所得状況		本 人				配偶者				扶養義務者							
控除後の所得額		円				円				円							
控除対象親族等		人				人				人							
限 度 額		円				円				円							
審査欄	資格審査	① 可 ② 否	所得審査	① 可 ② 否	判定	① 認 定 ② 却 下	公簿確認	戸籍・住民票・外人登録 生保・他制度医療・所得									