

心身障害者医療費受給資格証交付(更新)申請書

年 月 日

赤磐市長 様

心身障害者医療費受給資格証の交付及び所得区分の認定を関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり公簿により私及び私の世帯全員の所得、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況を確認されることを承諾します。このことについて、世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。

また、高額療養費について貴市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市へ支払います。

申請者(対象者)	フリガナ							男・女	生年 月日	年 月 日		
	氏 名									(満 歳)		
	住 所	〒 ー TEL () 赤磐市										
	個人番号											
	交 付 申 請 事 由	1 身体障害者(1級、2級及び3級手帳所持者) 2 知的障害者(A・B) 3 精神障害者(1級)										
	身 体 障 害 者 手 帳	手 帳 番 号										
		交 付 年 月 日	年 月 日									
		次回再認定(判定)年月日	年 月 日									
	療 育 手 帳	手 帳 番 号										
		交 付 年 月 日	年 月 日									
		次回再認定(判定)年月日	年 月 日									
	精神障害者保健福祉手帳	手 帳 番 号										
		交 付 年 月 日	年 月 日									
		次回再認定(判定)年月日	年 月 日									

※裏面も記入してください。

ここから下の欄には記入しないでください。

市記入欄

申請受付年月日		交付決定年月日		受給資格者番号	
所 得 制 限	該当 ・ 非該当				
前回所得区分	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般 ・ 一定以上				
今回所得区分	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般 ・ 一定以上				
所得確認書類	課税証明書 ・ 非課税証明書 ・ その他()				
平成18年10月改正 時の心身障害者受給資格証所持状況	1 所持 (被用者(社会)保険本人 ・ その他) 2 不所持				
備 考					

加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名				対象者との続柄														
	保険種別				被保険者の記号番号														
	保険者名(発行機関名)				保険者番号														
	対象者と同じ医療保険に加入している者(※1)	氏名	住所																
			個人番号																
		氏名	住所																
			個人番号																
		氏名	住所																
			個人番号																
		氏名	住所																
個人番号																			
氏名	住所																		
	個人番号																		
附加給付		有(内容:)・無																	
特定疾病療養受療証の有無		有・無 ※対象者が証の交付を受けている場合は、有に○を記入ください。																	
世帯の状況	※1以外の世帯員(※2)	氏名	加入する医療保険種別																
			個人番号																
		氏名	加入する医療保険種別																
			個人番号																
		氏名	加入する医療保険種別																
			個人番号																
		氏名	加入する医療保険種別																
			個人番号																
他の公費負担制度による医療費の支給		有(制度名:)・無																	

(記入上の注意点)

- 〈※1〉欄には、対象者と同じ医療保険に加入する人(被保険者、被扶養者)全員の氏名・住所及び個人番号を記入してください。
- 〈※2〉欄には、対象者と同一世帯であるが、別の医療保険に加入している人がいる場合、その氏名、加入する医療保険の種別及び個人番号を記入してください。
- 医療保険種別 国保・協会けんぽ・日雇・組合健保・共済組合・後期高齢者医療 等

(添付書類)

○ 医療保険の保険証の写し

※対象者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すものの写し。(カード型の被保険者証等については、その券面の写しが該当。以下同じ。)

※あわせて、対象者と同じ医療保険に加入する人の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すものの写し。

○ 区分判定のために必要な事項に関する書類