

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書・異動届

長万部町長様						届出年月日 令和 年 月 日					
下記のとおり重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。所得状況と他制度による医療費助成状況等の確認に必要な公簿などを閲覧されることに異議ありません。 (申請者) 住 所 山越郡長万部町字 電 話 () - 氏 名 対象者との続柄 ()						届出事由(該当する箇所に○を付してください)					
						異動年月日		令和 年 月 日			
						1 取得		2 喪失		3 変更	
						☐ 障害該当 ☐ 転入 ☐ 生保解除 ☐ 所得制限解除 ☐ その他		☐ 死亡 ☐ 転出 ☐ 生保該当 ☐ 所得制限該当 ☐ その他		☐ 住所変更 ☐ 氏名変更 ☐ 保険変更 ☐ その他	
						()		4 更新		5 再交付	
対 象 者	※受給者番号		ふりがな氏 名		変 更 前		性別	再 交 付 の 理 由			
							男 女	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他			
	生 年 月 日		年 月 日		自宅電話		(連絡先)				
	現在の住所		山越郡長万部町字				世帯主				
今までの住所		山越郡長万部町字				世帯主					
健 康 保 険	保険の種類		1 国保(一般・退職) 2 共済 3 健保組合 4 国保組合 5 協会健保 6 後期 7 その他			給 付 割 合 付 加 給 付		入 院 割 ・ 通 院 割 有 ・ 無			
	保険者名称					保 険 者 番 号					
	被保険者名		(続柄)			記 号 番 号					
	勤 務 先					保 険 該 当 日		令和 年 月 日			
老人保健法		医療受給者証番号			資格取得年月日		令和 年 月 日				
障 害 状 況	身体障害者手帳		年 月 日 交付 第 号			1級・2級・3級(内蔵・免疫)					
	精神保健福祉手帳 療育手帳		年 月 日 交付 第 号			知 障 重 度 判 定 A・B					
備 考											
※ 所 得 状 況		年分 円 町民税 課税 ・ 非課税				添 付 確 認		健康保険証 所得状況証明 申立書 戸籍住民票等 障害手帳等			
※ 処 理 欄	課 長	参 事	係 長	係	年 月 日	令和 年 月 日					
	審 査 結 果		1. 該 当 2. 非該当 所得オーバー その他					受 付			
1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者の認定をする。 2 上記届出内容を確認した結果再交付・異動処理をする。 3 上記申請を却下する。											
資 格 認 定 期 間		受 給 者 証 変 更 回 収		受 給 者 台 帳 整 理		令和 年 月 日					
令和 年 月 日より		済 ・ 未		払 出 簿 整 理		令和 年 月 日					
令和 年 月 日まで		令和 年 月 日		受 給 者 証 交 付		令和 年 月 日					

注 申請者は※欄は記入しないでください。