

記 載 例

別記第1号様式(第3条・第6条・第10条関係)

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書・異動届

手帳をお持ちのご本人
または、代理の方の
住所、氏名等を記入願います。
印鑑を忘れずに押印願います。

手帳をお持ちの方の氏名等
記入願います。

保険証、手帳のコピーを
とりますので、特に記入は
いりません。

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 山越郡長万部町字長万部××-× 電 話 (△△△△△)△-△△△△ 氏 名 長 万 部 太 郎 印 対象者との続柄 (本人)				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	氏 名	変 更 前	性別	再 交 付 の 理 由			
		おしゃまんべ たらう		男	1 破損した 2 汚損した			
		長 万 部 太 郎		女	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	山越郡長万部町字長万部××-×		世帯主				
	今までの住所			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	入院 割 ・ 通 院 割			
				付 加 給 付	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	年 月 日			
障 害 状 況	老人保健法	医療受給者証番号		資格取得年月日	年 月 日			
	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	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			
※ 課 長		参 事		係 長		令和 年 月 日		
理 欄	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。