

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				
申請事由				年齢区分		65歳未満・65歳以上		
① 受給者	フリガナ			住所	〒			
	氏名							
	生年月日							
	個人番号							
	フリガナ			住所	〒			
	保護者							
個人番号								
② 障害の 状態	身体障害 の状況	程度（等級別）						
		身障手帳の番号	発行 第		号（再判定）			
	知的障害 の状況	程 度						
		判 定 日	（再判定）			摘要		
	精神障害 の状況	程度（等級別）						
		精神手帳の番号	発行 第		号（再判定）			
	国民年金 受給者	証書番号	第	号	傷 病 名	有 期 認 定	まで	
特別児童扶 養	証書番号	第	号	まで				
③ 医療 保険	被保険者 氏名			受給者との 続柄				
	保険種別			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）				
	施設入居の有無	有・無	他に受けることが できる公費負担					
<p>上記の通り、重度障がい者医療費受給資格[認定・更新]を申請します。 当該申請及び更新時に、大川市が市町村民税に係る情報及び障害の状態に係る情報の提供を受けるために、 個人番号を利用することを承諾します。 高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を大川市長に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">大川市長 様 電話番号</p>								
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	所得 審査	① 可	判定	① 認定	公簿 確認	戸籍 ・ 住民票 ・ 外国人登録 生活保護 ・ 他制度医療 ・ 所得
		② 否		② 否		② 却下		