

重度心身障害者医療費受給資格認定（更新）申請書

年 月 日

豊後高田市長 様

申請者 氏 名

㊟

電話番号

次のとおり受給資格の認定（更新）を申請します。

支給対象者		受給者（申請者）	
氏名（ふりがな）		氏名（ふりがな）	
	男女		男女
年 月 日生		年 月 日生	
住所		住所 続柄	
障害程度等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 年 月 日交付 <input type="checkbox"/> 療育手帳 第 号 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		
	障害区分 視 覚・聴 覚・言 語・肢 体・内 部・精 神		
	障害程度 級、IQ		
保険の状況	加入保険の名称		被保険者証記号番号
	被保険者氏名 続柄		資格取得年月日 年 月 日
	附加給付 有 内容 } ・無 }		
	被保険者証発行機関	名 称	(参考)
	所在地		
他制度（自立支援医療等）による給付状況	有 { 名称 受給番号 給開始年月日 } ・無		
受給者証記号番号	認定		更新
	. . 交付		. . 交付

(裏面の注意事項をよく読んでください。)

(裏面)

1 記入上の注意

- (1) 障害区分欄は、該当するものを○で囲んでください。
- (2) 附加給付が「有」の場合は、できるだけ詳しく記入してください。
- (3) 不要の文字は、抹消してください。

2 添付書類

- (1) 前年の所得(受給資格申請を1月から6月までの間に行う場合には、前々年の所得)を証する書類 【1月1日現在で他市町村に居住していた人】
- (2) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳
手帳のない場合は、次のいずれかを添えてください。
 - ア 特別児童扶養手当を受けている者は、その証書
 - イ 障害年金又は障害福祉年金を受けている者は、その証書
 - ウ その他障害の程度を証明できる書類
- (3) 国民健康保険証、社会保険証又は後期高齢者医療保険者証

(委 任)

重度心身障がい者医療費の受給資格認定申請にあたり受給資格の調査のため、私の所得状況につき必要があるときは、税務関係帳簿等による確認を豊後高田市長に委任します。

平成 年 月 日

氏名

㊟