

重度障害者医療証交付(更新)申請書

年 月 日

守口市長 様

申請者 住所

氏名

続柄

電話

守口市重度障害者の医療費の助成に関する条例施行規則第9条の規定により、次のとおり関係書類を添えて医療証の交付を申請します。

なお、以後市町村民税課税台帳、住民基本台帳等の公簿により所得額や記載内容を閲覧・確認すること、医療保険の資格について関係機関に照会することに同意します。

申請理由	1 障害者該当 2 転入 3 生保廃止 4 その他()					
対象者	ふりがな 氏名			生年月日	年 月 日	
	個人番号					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※該当する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護保険(特定)施設 <input type="checkbox"/> 共同生活援助施設 <input type="checkbox"/> その他()				
加入 医療 保険	保険種別	国保 ・ 後期 ・ 社保				
	記号		番号		附加給付	有 ・ 無
	保険者名称					
	資格取得年月日	年 月 日	特定疾病の認定	有 ・ 無		
送付先 変更	※重度障害者医療に関するものは、すべて受給者住所への郵送となります。受給者住所以外への送付を希望される方は、下記にご記入ください。 なお、送付先を変更される場合または取消しする場合は、あらためて届出が必要になります。					
	(住所) 〒	—	受給者との続柄	理由		
	(氏名)					

※該当する内容は字句又は数字を○で囲んでください。

※障害の状況を証明する書類(手帳等)を添付してください。

医療証 受給者 番号	発行年月日	
	. .	
有効期間	年 月 日～ 年 月 日	