

(第5条関係)

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

下記のとおり医療証の交付を申請します。

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	住所				
	ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	個人番号				
加入 医療 保険	保険種別	健康保険(社会保険等)・国民健康保険・後期高齢者 ※該当に○			
	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	

市町村民税課税台帳等及び個人番号により所得額等を確認することを承諾します。

※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。

※特定疾病の認定を受けている方は、特定疾病療養受療証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

決	課	長	主	任	担	当	者	受
裁								付

医療証の交付をしてよろしいか