

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

岩見沢市長 様

申請者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	電話番号	() - () ※本人以外の場合（氏名： 続柄： ）

重度心身障害者医療費受給資格の認定を受けたいので申請します。

申請内容	対象者	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
		フリガナ		(住 所)
		氏 名		
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	(電 話)
	生計維持者	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
		フリガナ		(住 所)
		氏 名		
		生年月日	昭和・平成 年 月 日	(電 話)
対象者との続柄		本人・配偶者・子・その他()	(電 話)	
同意書				
この申請及び今後の更新に関して、主たる生計維持者の所得状況、並びに対象者及びその属する世帯の世帯員全員の市町村民税の課税状況、対象者の健康保険について、岩見沢市が調査することに同意いたします。 また、助成に際し、岩見沢市が高額療養費の一部または全部を負担した場合、市と保険者との間で負担相当額について相殺することに同意します。				
申請者 _____				

※上記のとおり申請がありましたので、受給者証を交付してよろしいか伺います。

受給者番号		区分	障課・障初・老課(1割・2割・3割)・老初
認定事由	新規・転入・後期加入・精神手帳更新・その他()		
受給期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
所得状況	扶養人数	人	所得金額 円
課税状況	①世帯の課税状況	課税・非課税	②生計維持者の課税状況
	③世帯外扶養	あり(課税・非課税)・なし	
受給資格要件	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1級・2級・3級内部)	交付年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1級)	番 号	第 号
	<input type="checkbox"/> 療育手帳(A判定)	交付年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 知的障害(総合判定:重度)	番 号	第 号
		判定(診断)年月日	年 月 日
		判定(診断)機関名	
保 険	・国保(岩見沢 資格取得日 年 月 日)		
	・後期(1割・2割・3割(資格取得日 年 月 日))		
	・上記以外の健康保険		
	<input type="checkbox"/> 健康保険証・ <input type="checkbox"/> 資格確認書・ <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ等(別紙写しのとおり)		
	<input type="checkbox"/> マイナポータル保険情報による確認(確認日及び確認者:)		
	保険者名:		被保険者氏名:
	記号:	番号:	枝番:
資格取得年月日:		年 月 日	
添付書類	・手帳または診断書・所得課税証明書・情報連携同意書・その他()		

交付年月日	年 月 日		窓 口	・	郵 送	受付印
備 考	※窓口交付の本人確認方法 (マイナンバーカード・運転免許証・その他())					
	証	システム	住基	税	決裁	
				課長	係長	係