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

届出者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
	電　話	(　　)　－
	続　柄	本人・保護者・その他(　　)
申請者	□届出者に同じ	
	住　所	
	氏　名	
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
	電　話	(　　)　－

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	対象者の状況	対象者	□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	□申請者に同じ　□対象者に同じ		
			フリガナ		(住　所)
			氏　名		
			生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	
			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について、岩見沢市が調査することに同意いたします。

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		課税区分	障課・障初・老課・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	課税・非課税
	③世帯外扶養　あり(課税・非課税)・なし		
受給資格要件	□身体障害者手帳(1級・2級・3級内部) □精神障害者保健福祉手帳(1級)	交付年月日　昭和・平成・令和　　年　　月　　日 番　　号　第　　号	
	□療育手帳(A判定) □知的障害(総合判定:重度)	交付年月日　昭和・平成・令和　　年　　月　　日 番　　号　第　　号 判定(診断)年月日　　年　　月　　日 判定(診断)機関名	
保険	・社保等(別紙保険証写しのとおり)		
	・国保(岩見沢　　年　　月　　日から)		
	・後期(　　年　　月　　日から)　1割　3割		
添付書類	・手帳または診断書　・健康保険証の写し　・所得課税証明書　・その他(　　)		
交付年月日	年　　月　　日　窓口・郵送		受付
備考			

証	システム	住基	税	課長	係長	係