

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

R3 年 4 月 1 日

岩見沢市長 様

届出者	住所	岩見沢市鳩が丘1丁目1番地
	氏名	岩見 栗子
	生年月日	昭和・平成・令和 45 年 1 月 1 日
	電話	(0126) 23 - 4111
	続柄	本人・保護者(母)
申請者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ←申請者と対象者が同じ人なら、チェックをつけて記載省略可	
	住所	同上
	氏名	岩見 栗美
	生年月日	昭和・平成・令和 20 年 1 月 1 日
	電話	(0126) 23 - 4111
	続柄	本人・保護者(母)

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ ←申請者と対象者が同じ人なら、チェックをつけて記載省略可		
		フリガナ	(住所)	
		氏名		
	生計維持者	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	(電話)
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 対象者と同じ		生計維持者が申請者もしくは対象者と同じ人なら、チェックをつけて記載省略可
		フリガナ	イワミ ハトオ	
		氏名	岩見 鳩夫	
		生年月日	昭和・平成 43 年 2 月 1 日	同上
		対象者との続柄	本人・配偶者・子(父)	(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			申請者の名前を記入してください。	
申請者 岩見 栗子				

※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	<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	・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	