

重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書

年 月 日 申請

釧路市長 あて

申請者住所	釧路市 丁目 番 号	電話	
		続柄	
フリガナ		※太枠の中のみ記入してください。	
申請者名		※未成年者の場合は保護者による申請となります。	

【その他連絡先】

氏名		電話		対象者との関係	
----	--	----	--	---------	--

下記のとおり申請します。なお、交付申請及び更新時に係る被保険者及び世帯員の所得調査、その他必要な情報を公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む)により釧路市が確認することに同意します。

受給者番号 (障)		受給者番号 (障老)	
フリガナ		生年月日	64歳
対象者氏名		大正 昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>
加入医療保険情報	<input type="checkbox"/> 添付のとおり <input type="checkbox"/> 記入のとおり	保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合
		保険者番号	
		被保険者名	

※健康保険の被保険者が同一世帯にいない場合に記載

世帯外の被保険者	フリガナ		生年月日	
	氏名		昭・平	年 月 日
	住所			

※下記は記載不要です。

身障の状況	手帳 第 号	知的障がいの状況	療育手帳・判定書・診断書 第 号
	平成・令和 年 月 日交付		判定(診断)機関名
	等級 種 級		A・B・重度・中度・軽度・IQ()
精神障害者保健福祉手帳	番号 北海道 第 号	□代理受領委任状 □後期高額療養費支給申請書 □地方税関係情報の取得に関する同意書 <ひとり親(配偶者重度)該当> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	判定日 平・令 年 月 日
	等級		
	交付日 平・令 年 月 日		
	有効期限 令和 年 月 日		

審査	(障) 資格開始日(. .) 証期限(. .)	証区分 <input type="checkbox"/> 初 <input type="checkbox"/> 障課 <input type="checkbox"/> 証交付無(課税・後期1割) <input type="checkbox"/> 2割老課 <input type="checkbox"/> 3割老課
	(障老) 資格開始日(. .) 証期限(. .)	

取得事由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 保険資格取得 <input type="checkbox"/> 所得基準内 <input type="checkbox"/> 精神手帳更新 <input type="checkbox"/> 手帳等交付 <input type="checkbox"/> 施設退所 <input type="checkbox"/> 障老移行 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

処理	<input type="checkbox"/> オンライン入力 <input type="checkbox"/>	交付年月日	令和 年 月 日
----	---	-------	----------

決裁	課長	総括係長	専門員	主査	係	審査	入力	受付印
----	----	------	-----	----	---	----	----	-----

備考