

重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書

申請者(対象者本人)の
 ①住所
 ②氏名
 ③電話番号
 ④続柄
 を記入してください

釧路市長 あて

申請者住所	釧路市 黒金町7 丁目 5 番 号	電話	
フリガナ	クシロ タロウ	続柄	本人
申請者名	釧路 太郎	※太枠の中のみ記入してください。 ※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	
----	--	----	--	---------	--

代理で申請書を提出される方の
 ①氏名
 ②電話
 ③対象者との関係を記入してください

下記のとおり申請します。申請書提出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)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		年 月 日	
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"/> 国民健康保険組 <input type="checkbox"/> 共済組合	加入医療保険情報 保険者番号 保険者名

対象者の
 ①氏名
 ②フリガナ
 ③生年月日
 ④加入医療保険情報を記入してください

※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	昭・平 年 月 日
	氏名			
	住所			

健康保険の被保険者が同一世帯にいない場合は
 ①被保険者氏名
 ②フリガナ
 ③生年月日
 ④住所を記入してください

※下記は記載不要です。

身障の状況	手帳	第 年 月 日	育手帳・判定書・診断書
	等級	種 別	第 号
	肢体・視覚・聴覚・内部・合併	状況	判定(診断)機関名 A・B・重度・中度・軽度・IQ() 判定日 平・令 年 月 日
精神障害者保健福祉手帳	番号	北海道 第 号	<input type="checkbox"/> 代理受領委任状 <input type="checkbox"/> 後期高額療養費支給申請書 <input type="checkbox"/> 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
	等級	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