

# 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	
----	--	----	--	---------	--

下記の者の重度心身障がい者医療費受給者証交付申請を、必要書類を添えて申請します。なお、交付申請及び更新時に係る世帯員及び被保険者の所得調査、市・道民税課税台帳の閲覧行為に同意します。

受給者番号 (障)		受給者番号 (障老)	
フリガナ		② 生年月日	
① 対象者氏名		大正 昭和 年 月 日 平成 令和 年 月 日	

健康保険の被保険者が同一世帯にいない場合に記載

健康保険の被保険者	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 平成・令和 年 月 日交付 等級 種 級	知的障がいの状況	療育手帳・判定書・診断書 第 号 判定(診断)機関名 A・B・重度・中度・軽度・IQ( ) 判定日 平・令 年 月 日
	肢体・視覚・聴覚・内部・合併		
精神障害者保健福祉手帳	番号 北海道 第 号 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"/> 課 <input type="checkbox"/> 証交付無 (課税・後期1割)
	(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	課長補佐	専門員	主査	担当	審査	入力	受付印
----	----	------	-----	----	----	----	----	-----

備考	
----	--