

重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書

年

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	0154-23-5151
		続柄	本人
フリガナ	クシロ タロウ	※太枠の中のみ記入してください。	
申請者名	釧路 太郎	※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更新時に係る世帯員及び被保険者
 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
 要書類を添えて申請します。なお、交付申請及び台帳の閲覧行為に同意します。

受給者番号 (障)		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	

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	
	氏名	昭	月 日
	住所		

対象者の
①氏名
②フリガナ
③生年月日
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 号	知的障がいの状況	療育	書
	平成・令和 年 月 日交付		判定()	
	等級 種 級		A・B判定	
精神障害者保健福祉手帳	番号 北海道 第 号			() 月 日
	等級 級			
	交付日 平・令 年 月 日			
	有効期限 令和 年 月 日			

健康保険証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

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		