

# 重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書

釧路市長 あて

申請者住所	釧路市 黒金町7 丁目 5 番 号	電 号 続柄	本人
フリガナ	クシロ タロウ		
申請者名	釧路 太郎		

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

※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
----	----	-------------

下記のとおり申請します。  
を公簿等(マイナンバー制度)に記入してください。  
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

係る被保険者及び世帯員の所得調査、その他必要な情報  
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 (障者)		
フリガナ	生年月日		
対象者氏名	大正 昭和 年 月 日 令和 年 月 日		
加入医療 保険情報	□添付のとおり □記入のとおり	保険の 種類	□国民健康保険 □協会けんぽ □国民健康保険組合 □船員保険 □共済組合 □健康保険組合

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
氏名		昭・平 年 月 日
住所		

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

身障の状況	手帳 第 号 平成・令和 年 月 日 交付 等級 種 級 肢 体 ・ 視 覚 ・ 聴 覚 ・ 内 部 ・ 合 併	知的障がい 状況	診断書 ・IQ( ) 判定日 年 月 日
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		

□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> □あり □なし

審査	資格開始日 ( ) 証期限 ( )	証区分 □初 □障課 □ (課税・後期1割) □2割老課 □3割老課	
	資格開始日 ( ) 証期限 ( )		
取得事由	□転入 □生保廃止 □保険資格取得 □手帳等交付 □施設退所 □障老移行	□所得基準内 □精神手帳更新 □その他( )	
処理	□オンライン入力	□ 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			