

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(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

申請者住所	釧路市 黒金町7丁目5番号	電話	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	
----	--	----	--	---------	--

下記のとおり申請します。  
を公簿等(マイナンバー制度)に係る被保険者及び世帯員の所得調査、その他必要な情報釧路市が確認することに同意します。

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

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 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"/> 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
		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	

※下記は記載不要です。

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 交付日 平・令 年 月 日 有効期限 令和 年 月 日	<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	

審査	障 資格開始日( ) 証期限( ) 障老 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
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		