

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

住所	釧路市		
	丁目	番	号
フリガナ			
氏名			
電話		続柄	

※太枠の中のみ記入してください。

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 (障者)	
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	

健康保険の加入状況（被保険者）※いずれかにチェック

- 健康保険の被保険者は同一世帯の者です。 健康保険の被保険者は同一世帯にいない次の者です。

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	知的障がいの状況	療育手帳・判定書・診断書 第 号
	平成・令和 年 月 日交付		判定(診断)機関名
	等級 種 級		A・B・重度・中度・軽度・IQ()
精神障害者保健福祉手帳	肢体・視覚・聴覚・内部・合併		判定日 平・令 年 月 日
	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)
	(障者) 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								
----	--	--	--	--	--	--	--	--