

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 黒金町7 丁目 5 番 号		
フリガナ	クシロ タロウ		
氏名	釧路 太郎		
電話	0154-23-5151	続柄	本人

申請者の

- ①住所
- ②氏名
- ③電話番号
- ④続柄

※太枠の

下記の者の申請及び更

を記入してください

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	クシロ タロウ	②生年月日	
①対象者氏名	釧路 太郎	大正 (昭和) 45年 1月 1日	
		平成 令和	

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

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

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
	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 第 号	
	平成・令和 年 月 日交付		判定(診断)機	
	等級 種 級		A・B・重度・判定日 平	
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			

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(. .)	証区分	<input type="checkbox"/> 初 <input type="checkbox"/> 課 <input type="checkbox"/> 証交付無 (課税・後期1割)
	証期限(. .)		
	(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
備考	受付印		