様式第1号(第2条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | | 課長補佐 | | 係長 | 係 | | | 受付 | 年　　月　　日 | |
|  | |  | |  |  | | | 伺 | 年　　月　　日 | |
| 決定 | 年　　月　　日 | |
| 発行 | 年　　月　　日 | |
| 受給資格等 | | | | 1　受給資格　　　　　　　　　　　有・無  　(理由)  2　条例第4条第2項の該当　　　　　有・無 | | | | | | 受給者番号 | |
|  | |
| 加入保険 | | | | 国保・社保・後期高齢者医療 | | | | 付加給付 | | | 有・無 |
| 身体障害 | | 手帳 | | 1級　　2級　　3級　　4級 | | | 番号 |  | | | |
| 診断書 | | 1級　　2級　　3級　　4級　遷延性意識障害 | | | | | | | |
| 知的障害 | | 手帳 | | A1　　A2　　B1　　B2 | | | 番号 | |  | | |
| 診断書 | | IQ35以下　　IQ50以下 | | | 再判定 | | 要(　　　年度)　否 | | |
| 精神障害 | | 手　帳 | | 1級 | | | 番　号 | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障害者医療費受給資格者証交付申請書  令和　　年　　月　　日  　さくら市長　様  　重度心身障害者医療費受給資格者証の交付を申請します。  　また、私(私達)は、下記対象者及び対象者と同一保険の加入者について、重度心身障害者医療費受給資格者証交付申請を行うにあたり、貴下職員が当該申請に必要な私(私達)の税情報や手当の受給状況等を調査することに同意します。  申請者　　　住所  氏名  個人番号  電話番号　　　　―　　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | ふりがな  氏名 |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入保険 | 世帯主又は被保険者名 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 記号番号 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 保険者 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 付加給付の状況 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 対象者と同一保険の加入者 | | | | | | 個人番号(　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |

注　太線の枠内は記入しないこと。

　　「対象者と同一保険の加入者」の欄は、加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員の氏名を、国民健康保険の場合には国民健康保険に加入している方全員の氏名を、後期高齢者医療制度の場合には後期高齢者医療制度に加入している方全員の氏名を記入してください。

　　この申請書を提出するときは、被保険者証又は組合員証を提示してください。