

重度心身障害者医療費受給資格

〔取得・再交付申請書及び
変更・喪失届出書〕

		新規(変更・喪失)		変更前		事由																
対象者の状況	受給者番号					1 新規 <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 他市区町村からの転入 <input type="checkbox"/> その他〔 上記の事由発生年月日 (年 月 日) 〕																
	(ふりがな)																					
	対象者氏名	男 女		男 女																		
	生年月日	大・昭・平 年 月 日		大・昭・平 年 月 日																		
	個人番号																					
	対象者の居住地 (施設名及び施設所在地)	上川郡東川町		上川郡東川町																		
生計維持者の状況	(ふりがな)					2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 町内転居(住所変更) <input type="checkbox"/> 生計維持者の変更 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> 65歳到達(障老への変更) <input type="checkbox"/> 障害の程度変更 <input type="checkbox"/> その他〔 上記の事由発生年月日 (年 月 日) 〕																
	生計維持者氏名 (続柄)																					
	生年月日	大・昭・平 年 月 日		大・昭・平 年 月 日																		
	個人番号																					
	住所	上川郡東川町		上川郡東川町																		
	身体障害者手帳・ 精神障害者手帳 ※該当する方に○	交付年月日	年 月 日	交付年月日	年 月 日			3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の市(区)町村への転出 <input type="checkbox"/> その他〔 上記の事由発生年月日 (年 月 日) 〕														
	番号	第 号	番号	第 号																		
	障害の等級 (有効期限)	(種) 級 年 月 日	障害の等級 (有効期限)	(種) 級 年 月 日																		
知能指数の判定	療育手帳	交付年月日	年 月 日	交付年月日	年 月 日																	
		番号	第 号	番号	第 号																	
	判定(診断)	判定	A・B	判定	A・B																	
		交付年月日	年 月 日	交付年月日	年 月 日																	
	番号	第 号	番号	第 号																		
	総合判定(診断)	重・中・軽	総合判定(診断)	重・中・軽	4 再交付 上記の事由発生年月日 (年 月 日)																	
医療保険加入状況	保険者の名称 (保険者番号)																					
	所在地																					
	記号・番号																					
	加入者氏名 (続柄)																					
※決定欄	上記のとおり関係書類を添えて申請します。 受給資格認定に際し、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 また、高額療養費支給申請に必要があるときは、私及び私の「世帯」の保険加入状況、医療機関に支払った自己負担額の状況及び付加給付金の状況につき、東川町長が加入する健康保険者等に対し確認(照会)することに同意します。 東川町長 様 年 月 日 申請者 住所 上川郡東川町 (居住地) 氏名 電話番号 - -																					
	※受給者証 年 月 日交付 年 月 日回済 年 月 日回予																					
	※システム登録日 年 月 日																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>システム</th> <th>名簿</th> <th>後期</th> <th>手帳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>交通費</td> <td>通院のみ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						システム	名簿	後期	手帳							交通費	通院のみ				
	システム	名簿	後期	手帳																		
			交通費	通院のみ																		
	※ 決 裁 欄		課長	室長	主任等	合議																
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認める。		適用年月日		年 月 日																	
2 右の理由により、上記申請を却下する。		却下理由																				