

# 重度障がい者医療医療証交付（更新）申請書

令和 年 月 日

吹田市長 宛

申請者 住所

氏名

続柄（対象者の）

電話/FAX

重度障がい者医療証の交付（更新）を次のとおり申請します。

なお、以後医療費の助成に関し確認が必要な場合は、市職員が下記対象者の課税台帳等の公簿により所得・課税状況や資格等を確認することに同意します。

				受給者番号	
申請の理由		1.障がい者該当 2.転入 3.生保廃止 4.手帳継続（身障・精神・療手A・B1） 5.その他（ ）			
対象者	該当要件	手帳種類区分	記号番号	交付年月日	有期年月日
	（フリガナ）			生年月日	
	氏名				
住所	住民となった日				
加入医療保険	被保険者又は組合員の氏名（住所）			区分	
	種別		記号	番号	
	保険者名			保険者番号	
	資格取得年月日		附加給付の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特定疾病 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
資格始期			交付年月日		

人保護者（後見・親権者）	氏名		対象者との続柄	
			生年月日	
	住所	電話（ ）		

所得制限	施設入所	転入		
	有 無	府内	府外	

受付	送付先	自償口座