

重度心身障害者 医療費受給者証 交付申請書

＜受給者証が必要な方＞ (障害者手帳を持っている方、重度の知的障害と診断された方)

フリガナ		生年月日	年 月 日								
氏名		個人番号									
住所	(建物名等)						市処理欄	宛名番号			
								受給者番号			

＜受給資格要件の状況＞

<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳： 1級・2級・3級 (内部) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳：1級 <input type="checkbox"/> 療育手帳：A判定	交付年月日 年 月 日 番 号 第 号
<input type="checkbox"/> 知的障害 (総合判定：重度)	判定 (診断) 年月日 年 月 日 判定 (診断) 機関名

＜申請者＞ (受給者証が必要な方本人 または 保護者)

北見市長 様		(申請日)		年 月 日						
上記のとおり、重度心身障害者医療費受給者証の交付について関係書類を添えて申請します。										
フリガナ		生年月日	年 月 日							
氏名	署名	個人番号								
		電話番号	- -							
住所	<input type="checkbox"/> 受給者証が必要な方と同じ (記入不要)				続柄	受給者証が必要な方から見て				
	(建物名等)									

北見市使用欄

本人確認		添付書類		事由	
①番・免・パ・手帳 他 ()		<input type="checkbox"/> 手帳または診断書 <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 入通院の申立書 (身体のみ)		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 障老移行 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他 () 認定年月日 年 月 日	
②証・年金・児童 バス・社員・学生 他 ()		<input type="checkbox"/> 意見書 (身体のみ) <input type="checkbox"/> 所得課税証明書等 <input type="checkbox"/> その他 ()		決 定 1 適当と認められたので受給者証を交付する。 2 後期高齢者医療被保険者証の負担割合と同等のため受給者証を交付しない。 3 次の理由により申請を却下する。 <input type="checkbox"/> 所得制限該当のため <input type="checkbox"/> その他 ()	
代理権確認手段 受給者証・保険証・障害者手帳・委任状 他 ()				決定年月日 年 月 日	
後期	税情報	世帯	受給者証	第 4 類	
1割・3割	有・無	課税 非課税	障初・障課 老初・老課	課長	係長
備考				係	
窓口交付 (. . .)					

