

(様式第1号)

# 重度障害者医療費受給資格〔認定・更新〕申請書(兼 台帳)

医療証番号		資格認定年月日		年 月 日	
申請事由			新規・更新・転入・その他( )	年齢区分	小学生・65歳未満・65歳以上
① 受給者	ふりがな	(男・女)		住所	〒834-01 広川町大字
	氏名				
	生年月日	(大・昭・平・令)	年 月 日生	住所	〒 -
	ふりがな	(男・女)			
保護者氏名					
② 障害の状態	身体障害の状況	程度(等級別)	の の 級		
		身障手帳の番号	年 月 日発行 福岡県第 号(再判定 年 月)		
	知的障害の状況	程度	重度・中度	判定機関	
		判定日	年 月 日(再判定 年 月)		摘要
	精神障害の状況	程度(等級別)			
		精神手帳の番号	年 月 日発行 第 号(期限 年 月 日)		
	国民年金受給者	証書番号	第 号	傷病名	有期認定
	特別児童扶養手当受給者	証書番号	第 号	傷病名	年 月 日まで
③ 医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄	
	保険種別	健・組・日・船 共・国・後期		被保険者証の記号番号	
	保険者名			保険者番号	
	所在地			付加給付の有無	有・無
	高額療養費代理受給委任状の有無		有・無		
④ その他	同居者氏名	(続柄 )	(続柄 )	(続柄 )	
		(続柄 )	(続柄 )	(続柄 )	
	施設入居の有無	有・無	他に受けることができる公費負担		
<p>上記のとおり、重度障害者医療費受給資格〔認定・更新〕を申請します。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該申請に関して広川町が市町村民税に係る情報および、児童手当または特別障害者手当の支給に関する情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。</p> <p><input type="checkbox"/> 高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を広川町に委任します。</p> <p>広川町長 宛</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 (印)</p> <p>電話</p>					
所得状況		本人		配偶者	
個人番号					
控除後の所得額		円	円	円	
控除対象親族等		人	人	人	
限度額		円	円	円	
審査欄	資格審査	① 可 ② 否	所得審査	① 可 ② 否	判定
				① 認定 ② 却下	公簿確認
戸籍・住民票・外人登録 生保・他制度医療・所得					