

重度心身障害者医療費受給者証交付(更新)申請書

年 月 日

当別町長 様

申請者 住所

氏名

印

(〆 : -) (行政区)

下記のとおり、重度心身障害者医療費受給者証の交付(更新)を申請します。また、当該医療費受給者証の交付及び医療費の助成にあたり、今後発生する私及び私の世帯員の公簿等の閲覧について同意し、調査されることに異議ありません。

記

※ 受給者番号			
申請内容	身体障害者手帳	交付年月日 年 月 日 番 号	身体障害 の等級
	知能指数の判定	交付年月日 年 月 日 番 号	判定
	療育手帳	判定(診断)年月日 年 月 日 判定(診断)機関名	総合判定 (診断)
	判定(診断)	政・組・日・船・共・国	付加 給付
	医療保険	記号 番号	有・無
	被保険者 (世帯主)	被保険者証 発行機関	
	老人保健法	医療受給者番号	資格取得年月日 年 月 日
入通院の申立書	身体障害者手帳の原因となる入通院の日について、次のとおり申し立てます。 この申立内容は、事実と相違ありません。		
	障害の種類 (該当するすべてに○を付すること。)	視覚 聴覚 平行機能 音声、言語又はそしゃく機能 肢体不自由 心臓機能 じん臓機能 呼吸機能 ぼうこう又は直腸の機能 小腸機能 免疫機能	身体障害者 手帳の障害による医療の開始日
		入院	年 月 日から
		通院	年 月 日から
		医療機関名	(〆)
※ 決定欄	所得要件等	所得額	円 該当・非該当 課税・非課税
	決定年月日	年 月 日	資格取得年月日 年 月 日
	1. 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。		收受 印欄
	2. 次の理由により受給者証を交付しない。		
	理由	a. 対象受給者又は世帯員の前年の所得額が、規則第3条に定める額を超えているため。 b. 所得要件を満たし該当であるが、老健併用課税世帯であることから老健のみの適用となるため。 c. その他 ()	
課 長	課長補佐	係長・主査	係
		障の特例	年 月 日迄
		受給者証 発行区分 (年度所得)	障課 老課 (割) 障初 老初

(注) 申請者は、※欄は記入しないでください。

同居扶養義務者に関する申立書

年 月 日

受給対象者氏名 _____ 印

私と同一建物に居住する扶養義務者等に関し、次のとおり申し立てます。

<該当する方に○を付けてください>

1. 私には、同一建物に居住する扶養義務者等があります。また、当該医療費受給者証の交付及び医療費の助成にあたり、今後発生する当該扶養義務者等の公簿等の閲覧について同意し、調査されることに異議ありません。

扶養義務者等氏名	続柄	備考
印		
印		
印		
印		
印		

※ 扶養義務者の範囲・・・民法第877条第1項に定める直系血族及び兄弟姉妹

2. 私には、同一建物に居住する扶養義務者等がいません。