

心身障害者医療費受給資格証( 交付・更新 )申請書

年 月 日

新見市長 殿

心身障害者医療費受給資格証の交付及び所得区分の認定を関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり公簿により私の世帯の所得、国民健康保険の加入状況を確認されることを承諾します。

また、高額療養費について貴市町村が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市町村へ支払います。

受給資格者	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日 (満 歳)	
	氏名	Ⓜ				
	住所	〒 TEL ( )				
	交付申請事由	1 重度身体障害者 ( 1 級及び 2 級手帳所持者 ) 2 重度知的障害者 3 知的障害・身体障害合併障害者				
	身体障害者手帳 ・療育手帳	手帳番号				
		交付年月日	年 月 日			
次回再認定 ( 判定 ) 年月日		年 月 日				

※裏面も記入してください。

ここから下の欄には記入しないでください

市町村記入欄

申請受付年月日		進達年月日		交付決定年月日	
所得制限	該当 ・ 非該当				
前回所得区分	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般 ・ 一定以上				
今回所得区分	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般 ・ 一定以上				
所得確認書類	課税証明書 ・ 非課税証明書 ・ その他 ( )				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					

加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名				対象者との続柄	
	保険種別			被保険者の記号番号		
	保険者名(発行機関名)			所在地		
	対象者と同じ医療保険に加入している者<※1>	氏名		住所		
		氏名		住所		
		氏名		住所		
		氏名		住所		
		氏名		住所		
附加給付		有(内容: )・無				
特定疾病療養受療証の有無		有 ・ 無 ※対象者が証の交付を受けている場合は、有に○を記入ください。				
世帯の状況	※1以外の世帯員<※2>	氏名		加入する医療保険種別	協・船・共・組・国・後	
		氏名		加入する医療保険種別	協・船・共・組・国・後	
		氏名		加入する医療保険種別	協・船・共・組・国・後	
		氏名		加入する医療保険種別	協・船・共・組・国・後	
他の公費負担制度による医療費の支給		有(制度名: )・無				

(記入上の注意点)

- 1 <※1>欄には、対象者と同じ医療保険に加入する人(被保険者、被扶養者)全員の氏名・住所を記入してください。
- 2 <※2>欄には、対象者と同一世帯であるが、別の医療保険に加入している人がいる場合、その氏名を記入し、加入する医療保険の種別に○を記入してください。

(添付書類)

**○ 医療保険の保険証の写し**

※対象者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すものの写し。(カード型の被保険者証等については、その券面の写しが該当。以下同じ。)

※あわせて、対象者と同じ医療保険に加入する人の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すものの写し。

**○ 市町村民税の課税・非課税証明書**

※<※1>欄のうち、対象者が加入する医療保険の保険料の算定対象となっている者(被用者保険の場合は被保険者、国保の場合は被保険者全員)の課税・非課税証明書

※<※2>欄に記載した人全員の課税・非課税証明書