

重度心身障害者（一般・後期高齢）医療費受給者証交付（更新）申請書

令和 年 月 日

一関市長 様

次のとおり医療費受給者証の交付(更新)を申請します。

また、市長が一関市子ども、妊産婦及び重度心身障害者医療費給付規則に関する事務処理のために限って受給者、配偶者及び扶養義務者の地方税関係情報を取得することに同意します。(個人番号を使用して情報照会を行う場合も含まれます。)

受給者 (申請者)	(ふりがな) 氏名		個人番号			
			生年月日	S・H・R	年	月 日
	住所		TEL (- -)			
	該当要件		<input type="checkbox"/> 身障手帳(1級・2級) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当1級 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金1級(特別障害給付金1級) <input type="checkbox"/> 療育手帳A	該当要件 再判定	<input type="checkbox"/> 有(R 年 月) <input type="checkbox"/> 無	
転入又は市外在住		本年1月1日 時点の住所地		昨年1月1日 時点の住所地		
配偶者	<input type="checkbox"/> 配偶者なし	(ふりがな) 氏名		個人番号		
				生年月日	S・H	年 月 日
		住所		<input type="checkbox"/> 受給者と同じ		
転入又は市外在住		本年1月1日 時点の住所地		昨年1月1日 時点の住所地		
主たる扶養義務者	※扶養義務者…民法第877条に定める直系(6親等内)の血族及び兄弟姉妹(特別の事情がある場合は3親等内の姻族を含む)					
	<input type="checkbox"/> 扶養義務者なし	(ふりがな) 氏名		個人番号		
				生年月日	S・H	年 月 日
		住所		<input type="checkbox"/> 受給者と同じ		受給者との続柄
転入又は市外在住		本年1月1日 時点の住所地		昨年1月1日 時点の住所地		
保護者		<input type="checkbox"/> 受給者本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 主たる扶養義務者 <input type="checkbox"/> その他()				
加入医療保険	被保険者氏名		記号番号			
	保険者番号		資格取得年月日	S・H・R	年	月 日
振込先	金融機関	銀行・信用金庫 農協・労働金庫		本店支店出張所	預金種別	普通・当座
	口座番号		(カタカナ) 口座名義人			

受付	本・花・大・千・東・室・川・藤	担当	
----	-----------------	----	--

※扶養義務者…民法第 877 条に定める直系（6 親等内）の血族及び兄弟姉妹（特別の事情がある場合は 3 親等内の姻族を含む）

その他の扶養義務者	(ふりがな) 氏名		個人番号				
			生年月日	S・H	年	月 日	
	住所	□受給者と同じ				受給者 との続柄	
	転入又は 市外在住	本年 1 月 1 日 時点の住所地		昨年 1 月 1 日 時点の住所地			
	(ふりがな) 氏名		個人番号				
			生年月日	S・H	年	月 日	
	住所	□受給者と同じ				受給者 との続柄	
	転入又は 市外在住	本年 1 月 1 日 時点の住所地		昨年 1 月 1 日 時点の住所地			
	(ふりがな) 氏名		個人番号				
			生年月日	S・H	年	月 日	
	住所	□受給者と同じ				受給者 との続柄	
	転入又は 市外在住	本年 1 月 1 日 時点の住所地		昨年 1 月 1 日 時点の住所地			
(ふりがな) 氏名		個人番号					
		生年月日	S・H	年	月 日		
住所	□受給者と同じ				受給者 との続柄		
転入又は 市外在住	本年 1 月 1 日 時点の住所地		昨年 1 月 1 日 時点の住所地				