

重度心身障がい者（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（障害児及び重度心身障がい者）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（扶養義務者）の個人情報取得することに同意します（一関市個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例に基づき、個人番号を利用して地方税関係情報及び医療保険情報を取得する場合があります）。

受給者 (申請者)	（ふりがな） 氏名	いちのせき たろう 一関 太郎		個人番号	1 2 3 4	5 6 7 8	9 0 1 2
	住所	一関市竹山町7-99		生年月日	S H・R 18 年 月 日		
	TEL	(090) 1234-5678		TEL (090) 1234-5678			
配偶者	氏名	いちのせき はなこ 一関 花子		個人番号	9 8 7 6	5 4 3 2	1 0 9 8
	住所	受給者と同じ		生年月日	年 3 月 4 日		
	転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地	盛岡市	昨年1月1日時点の住所地	宮城県仙台市		
たる扶養義務者	氏名	いちのせき いちろう 一関 一郎		個人番号	2 2 2 2 3 3 3 3		
	住所	受給者と同じ		生年月日	S H 48 年 3 月 31 日		
	転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地	盛岡市	昨年1月1日時点の住所地	宮城県仙台市		
保護者	<input type="checkbox"/> 受給者本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" 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	医療保険の被保険者の氏名		記号番号	医療保険の記号・番号		
	保険者番号	加入している保険者の番号		資格取得年月日	受給者が保険認定された年月日を記入		
振込先	金融機関	平泉 銀行 信用金庫 一関 本店支店出張所		預金種別	普通・当座		
	口座番号	9 8 7 6 5 4 3		（カタカナ） 口座名義人	イチノセキ ハナコ 一関 花子		

助成を受ける障がい者の住所氏名等を記入

該当する障害要件にチェックをつける

障害要件に有効期限がある場合は記載

1月2日以降に転入の方は記入

受給者の配偶者の住所氏名等を記入

受給者と同じ場合はチェックをつけて記載省略可

1月2日以降に転入の方は記入

受給者を経済的に支援している主な人を記入

受給者の世話を主にしている人を選択

受給者と同じ場合はチェックをつけて記載省略可

振込先に指定する金融機関口座を記入

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	いちのせき じろう 一関 二郎		個人番号	3 4 5 6	7 8 9 0	1 2 3 4	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ					受給者との続柄	子
	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				
	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				
	(ふりがな) 氏名			個人番号				
	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				
	(ふりがな) 氏名			個人番号				
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					

扶養義務者に該当する人が複数いる場合はそれぞれ記入