

# 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、妊産婦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の地方税関係情報及び医療保険情報を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第4条に基づき、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を含みます)。

|   |                                      |                                      |   |                      |  |                      |  |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|----------------------|--|----------------------|--|
| 受給者<br>(申請者)  | (ふりがな)<br>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"/> 精神手帳 1 級<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 1 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A<br><input type="checkbox"/> 障害基礎年金 1 級 (特別障害給付金 1 級) | 該当要件<br>再判定          | <input type="checkbox"/> 有 (R 年 月)<br><input type="checkbox"/> 無 |                      |  |
| 転入又は<br>市外在住  |                                      | 本年 1 月 1 日<br>時点の住所地                 |   | 昨年 1 月 1 日<br>時点の住所地 |  |                      |  |
| 配<br>偶<br>者   | □<br>配<br>偶<br>者<br>な<br>し           | (ふりがな)<br>氏 名                        |   | 個人番号                 |  |                      |  |
|   |                                      |                                      |   | 生年月日                 | S・H  | 年 月 日                |  |
|   |                                      | 住 所                                  |   | □受給者と同じ              |  |                      |  |
| 転入又は<br>市外在住  |                                      | 本年 1 月 1 日<br>時点の住所地                 |   | 昨年 1 月 1 日<br>時点の住所地 |  |                      |  |
| ※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) |                                      |                                      |   |                      |  |                      |  |
| 主<br>た<br>る<br>扶<br>養<br>義<br>務<br>者                                | □<br>扶<br>養<br>義<br>務<br>者<br>な<br>し | (ふりがな)<br>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<br>との続柄          |  |
|   |                                      | 転入又は<br>市外在住                         |   | 本年 1 月 1 日<br>時点の住所地 |  | 昨年 1 月 1 日<br>時点の住所地 |  |
| 保護者   |                                      | □受給者本人   □配偶者   □主たる扶養義務者   □その他 ( ) |   |                      |  |                      |  |
| 加<br>入<br>医<br>療<br>保<br>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<br>込<br>先   | 金融機関                                 | 銀行・信用金庫<br>農協・労働金庫                   |   | 本 店<br>支 店<br>出張所    | 預金種別   | 普通・当座                |  |
|   | 口座番号                                 |                                      | (カタカナ)<br>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)<br>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<br>時点の住所地 |      | 昨年 1 月 1 日<br>時点の住所地 |   |         |  |
|           | (ふりがな)<br>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<br>時点の住所地 |      | 昨年 1 月 1 日<br>時点の住所地 |   |         |  |
|           | (ふりがな)<br>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<br>時点の住所地 |      | 昨年 1 月 1 日<br>時点の住所地 |   |         |  |