

障害者医療費受給資格証（ 交付 ・ 更新 ）申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様

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、受給資格認定の審査（更新に係る調査も含む）に必要な限りにおいて、公簿により私及び私の世帯の所得、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況（保険情報については個人番号による情報連携を含む）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へ支払います。

私が後期高齢者医療の被保険者で、今後、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、岡山県後期高齢者医療広域連合からの高額療養費の受領を貴市町村に委任します。

また、当申請書を岡山県後期高齢者医療広域連合に提供することを承諾します。

申請者（対象者）	フリガナ											男・女	生年 月日	年 月 日 (満 歳)		
	氏名															
	住所	〒 TEL ()														
	個人番号															
	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（療育手帳A所持者） 3 知的障害者手帳3級及び療育手帳Bの両方の所持者 4 身体障害者手帳3級又は療育手帳Bのどちらかの所持者 5 重度精神障害者（1級及び自立支援医療受給者証（精神通院）両方の所持者）														
	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									
	精神障害者保健福祉手帳	手帳番号														
		交付年月日					年 月 日									
有効期限					年 月 日											
自立支援医療（精神通院）	受給者番号															
	有効期間					年 月 日から 年 月 日まで										

※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		
精神障害者保健福祉手帳に記載の交付日	65歳未満 ・ 65歳以上		①65歳未満での手帳所持 有・無 ②担当者確認日 年 月 日		
番号確認書類	☐ 個人番号カード ☐ 個人番号通知カード ☐ 個人番号が記載された住民票				
本人確認書類	☐ 個人番号カード ☐ 顔写真付き身分証明書 ☐ その他資料2点				
備考					

