

様式第1号(第3条)

重度障がい者医療費受給資格[認定・更新]申請書(兼台帳)

医療証番号												資格認定年月日				
申請事由												年齢区分				
受給者	フリガナ											住所				
	氏名															
	生年月日															
	個人番号															
	フリガナ											住所				
	保護者名															
	個人番号															
障がいの状況	身体障がいの状況	程度(等級別)														
		身障手帳の番号														
	知的障がいの状況	程度						判定機関								
		判定日	年 月 日(再判定)					摘要								
	精神障がいの状況	程度(等級別)														
		精神手帳の番号		発行 第 号(期限)												
	国民年金受給者	証書番号	第 号	傷病名					有期認定	年 月 日まで						
第 号			年 月 日まで													
医療保険	被保険者氏名										受給者との続柄					
	保険種別										被保険者証の記号番号					
	保険者名										保険者番号					
	所在地										付加給付の有無					
	高額療養費代理受給委任状の有無		有・無													
その他	同居人氏名 個人番号	(続柄)					(続柄)					(続柄)				
		(続柄)					(続柄)					(続柄)				
	施設入居の有無		有・無		他に受けることができる公費負担											
上記のとおり、重度障がい者医療費受給資格認定を申請します。 当該申請に関して、宇美町が申請者及びその扶養義務者の市町村民税に係る情報の提供を受けるために、個人番号を利用することを承諾します。 また、高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を宇美町に委任します。 宇美町長 殿 年 月 日																
所得状況		本人					配偶者					扶養義務者				
控除後の所得額		円					円					円				
控除対象親族等		人					人					人				
限度額		円					円					円				
審査欄	資格審査	可否	所得審査	以内超過	判定	認定却下	公簿確認	戸籍・住民票・外人登録 生保・他制度医療・所得								
備考欄																