様式第１号(第５条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 町長 | 副町長 | 課長 | 合議 | 主査 | 　　 決裁の上は、申請者に受給資格証を交付してよいか伺う | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　様 | 特別医療費受給資格証 | 交付更新 | 申請書 | 電話番号 | 　 |
| 年　　　　月　　　　日申請受理 | 　　　　　年　　　月　　　日　申請 |
| 受給資格証番号 | 　本書のとおり関係書類を添えて申請します。　なお、今後、この申請に係る決定に必要な範囲で、公簿により私及私の世帯全員に係る課税状況、生活保護状況、医療保険加入状況、公費負担医療受給状況等について確認されることを承諾します。 | 申請者 | 住所 | 　 | （印） |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 受給者氏名 | 申請者との続柄 | 受給者の住所 | 種別 | 受給資格証 |
| 申請年月日 | 交付年月日 | 有効期間 | 摘要 |
| 　 | 　 | 　 | 　1　身障1・2級所持者　2　重度知的障害者　3　ひとり親家庭　4　１８歳に達する年度末までの者　5　特定疾病　6　精神 | ・　・(新規) | ・　　・ | ・　　・ | 　 |
| 　 | ・　・(更新) | ・　　・ | ・　　・ | 　 |
| 年　　月　　日生  |
| 　 | ・　・(更新) | ・　　・ | ・　　・ | 　 |
| 　 | ・　・(更新) | ・　　・ | ・　　・ | 　 |
| 保険の種類 | 保険証記号番号 | 被保険者名 | 受給者との続柄 | 保険者名及び所在地 | 被保険者の勤務先及び所在地 | 変更年月日 |
|  | 　 | 第　　　　　号 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
|  | 　 | 第　　　　　号 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 身障手帳の内容 | 療育手帳の内容 | 障害者手帳の内容 | 自立支援医療受給者の内容(育成・更生・精神) | 高齢受給者の内容 | 高額医療費の状況 |
| 交付番号 | 　 | 交付番号 | 　 | 手帳番号 | 　 | 受給者番号 | 　 | 指定医療機関 | 受給者番号 | 　 | 誓約書　有委任状　有委任状送付年　月　日 |
| 交付年月日 | 　年　月　日 | 交付年月日 | 　年　月　日 | 交付年月日 | 　年　月　日 | 交付年月日 | 　年　月　日 | 　 | 交付年月日 | 　年　月　日 |
| 等級別 | 第　　　　級 | 障害の程度 | 　 | 有効期限 | 　年　月　日 | 有効期限 | 　年　月　日 | 有効期限 | 　年　月　日 |
| 特定疾病療養受療証 | 有　　　　無 | 障害等級 | 　 | 重度かつ継続 | 該当・非該当 | 一部負担割合 | 　 |
| 確認者 | 　 | 確認者 | 　 | 確認者 | 　 | 確認者 | 　 | 確認者 | 　 |
| 特定疾病の認定 | ひとり親家庭 | 年金証書の内容 | 資格証再交付年月日 | 資格の取得・喪失 | 限度額適用・標準負担額減額認定証の交付状況 |
| 親 | 子 |
| 開始年月日 | 　 | 1　配偶者の状況　①死亡　②離婚　③生死不明　④遺棄　⑤海外　⑥労働不能　⑦拘禁　⑧その他2　所得税額　①前年の額　　　　　　　円　②前前年の額　　　　　　円 | 1　左の親との続柄　　　　2　在学・就職・未就の別等 　在学・就職・未就3　所得税額　　　　　　①前年の額　　　　　円　②前前年の額　　　　円 | 記号 | 　 | ・　　・ | 取得年月日　・　・ | 認定証　　　有 |
| 廃止年月日 | 　 | 番号 | 　 | ・　　・ | 喪失年月日　・　・ | 減額対象者 |
| 医療機関名 | 　 | 支給開始年月日 | 　 | ・　　・ | 喪失理由　1　保険喪失　2　転出　3　年齢到達　4　死亡　5　その他 | 発行期日　　・　　・ |
| 病名 | 　 | 確認者 | 　 | ・　　・ | 有効期限　　・　　・ |
| ※審査欄(市町村記入欄) | 1 世帯住民税（非・課）所得税（非・課） | 2　本人　控除後の所得額(　　年分)円　　 | 所得制限限度額円 | 所得制限該当・非該当 | 自立支援医療申請申請・未申請 | 月額負担上限全額助成・一般低所得 | 備考 |

(注)　1　公簿による課税状況等の確認について承諾しない場合は、確認に必要な書類の提出が別途必要となります。

　　　2　氏名については、記名押印又は署名のいずれかとしてください。