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。