

重度障害者医療 医療証交付(更新)申請書

年 月 日

(宛先)箕面市長

申請者

住所

氏名

電話

医療証の交付（更新）を次のとおり申請します。
 なお、本医療費助成の資格に関する個人情報について、住民基本台帳、市民税課税台帳、国民健康保険資格台帳及び後期高齢者医療資格台帳において、必要に応じた調査を受けることを承諾します。

				受給者番号							
対象者	該当要件	手帳種類区分	手帳番号	交付年月日		有期年月日					
		身体障害者手帳 級									
		療育手帳									
	フリガナ				生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ()歳					
氏名											
住所	箕面市 丁目 番 号										
加入医療保険	被保険者氏名 住所				区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族					
	種別			記号			番号				
	保険者名				保険者番号						
	資格取得日	年 月 日	付加給付の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		特定疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
資格始期	年 月 日		交付年月日								
所得判定	扶養親族等の数 人		内数	老人	人	特定	人				
	判定所得額		円								
				受付	入力	確認					

記入例

重度障害者医療 医療証交付(更新)申請書

●年 ●月 ●日

(宛先)箕面市長

申請者

住所 箕面市西小路4丁目6番1号
氏名 箕面太郎 電話 072-724-6733

医療証の交付（更新）を次のとおり申請します。
 なお、本医療費助成の資格に関する個人情報について、住民基本台帳、市民税課税台帳、国民健康保険資格台帳及び後期高齢者医療資格台帳において、必要に応じた調査を受けることを承諾します。

				受給者番号							
対象者	該当要件	手帳種類区分	手帳番号	交付年月日	有期年月日						
		身体障害者手帳 級									
		療育手帳									
加入医療保険	フリガナ	ミノオ ハナコ		生年月日	大正・昭和・平成・令和						
	氏名	箕面花子			●年 ●月 ●日	(△△)歳					
	住所	箕面市 西小路 4丁目 6番 1号									
加入医療保険	被保険者氏名住所	箕面市西小路4丁目6番1号		区分	■本人 □家族						
	種別	協会けんぽ	記号	100	番号	4649					
	保険者名	全国健康保険協会 大阪支部		保険者番号	1270016						
	資格取得日	年 月 日	付加給付の有無	□有 □無		特定疾病	□有 □無				
資格始期	年 月 日		交付年月日								
所得判定	扶養親族等の数	人	内数	老人	人	特定	人				
	判定所得額	円									
				受付	入力	確認					