

重度障害者医療証交付（更新）申請書

平成 年 月 日

（あて先）大東市長

（申請者）住所

氏名

印

対象者との続柄 （ ）

電話番号

重度障害者医療証の交付（更新）を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、重度障害者の医療費の助成に関し、私（同一世帯員、扶養義務者を含む。）の世帯状況または所得状況について、担当課等に確認することに同意します。

記

				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
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
住所	1月2日以降に転入した方：転入日 年 月 日				
保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	続柄				
	住所	1月2日以降に転入した方：転入日 年 月 日			
	同居・別居の別	同居・別居	生計関係	生計同一・生計維持	
加入医療保険	被保険者・組合員または世帯主の氏名（住所）			続柄	
				区分	
	種別		記号	番号	
	保険者の名称			所在地	
	保険者番号				
	資格取得日	年 月 日	附加給付の有無	特定疾病	
資格始期	年 月 日	交付年月日	年 月 日		
所得判定	扶養親族等の数		内数	老人	特定
	判定所得額	円			