

重度障害者医療証交付（更新）申請書

（あて先）大東市長

印鑑を押印してください

（申請者）住所 ○○市谷川1-1-1
 氏名 大東 太郎
 対象者との続柄 （ 父 ）
 電話番号 072-123-4567



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	ここは記載しないでください
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
対象者	ここは記載しないでください				
	フリガナ	ダイウ ハコ		生年月日	昭和 60 年 1 月 1 日
	氏名	大東 花子			
	住所	△△市○●町 1-2-3 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	ダイウ タウ		生年月日	昭和 30 年 1 月 1 日
	氏名	大東 太郎			
	続柄	父			
	住所	○○市谷川1-1-1 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）	ここは記載しないでください			
	種別	記号	番号		
	保険者の名称	い。			
	保険者番号				
	資格取得日	◆保険証の写し(対象者分)を添付してください。			
資格始期	年 月 日	交付年月日	年 月 日		
所得判定	扶養親等	内妻	特定		
	判定所得額	円			