

様式第4号（第10条、第11条、第12条関係）

重度障害者医療証交付（更新）申請書

令和 × 年 ○ 月 △ 日

（あて先）大東市長

（申請者）住所 大東市谷川〇-〇-〇

氏名 大東 太郎

対象者との続柄 （ 本人 ）

電話番号 〇〇〇-△△△△-□□□□

* 記載方法が不明な場合はお問い合わせ
いただくか空けておいてください。

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、所得状況、障害の状況等必要な情報について、担当課又は関係行政機関等に確認することに同意します。

記

		手帳種類区分	手帳番号	受給者番号	交付年月日	有期年月日	
対象者	該当要件	* 身体障害者手帳／療育手帳／精神障害者保健福祉手帳等の写し（両面）を添付してください					
	フリガナ	ダイトウ タロウ		個人番号	123456781234		
	氏名	大東 太郎		生年月日	S16年6月6日		
	住所	大東市谷川〇-〇-〇 1月2日以降に転入した方：転入日 年 月 日					
	フリガナ			個人番号			
保護者	氏名			生年月日	年 月 日		
	続柄	* 受給者が18歳未満の場合はご記入ください。					
	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		
	被保険者・組合員又は世帯主の氏名（住所）	大東 太郎 大東市谷川〇-〇-〇		続柄	本人		
加入医療保険	種別	後期高齢	記号	番号	××××××××		
	保険者の名称	大阪府後期高齢 大東市		所在地	大東市谷川1-1-1		
	保険者番号	39272182					
	資格取得日	H28年6月6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					