

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

年　月　日

(あて先) 大東市長

(申請者) 住所

氏名

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、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

対象者	該当要件	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	
	フリガナ			個人番号		
氏名			生年月日	年月日		
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			個人番号		
	氏名			生年月日	年月日	
	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・組合員又は世帯主の氏名（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				