

太子町重度障がい者医療証交付（更新）申請書

太子町長様

年 月 日

申請者 住所.....
 氏名.....
 続柄（対象者の）.....
 電話.....

下記のとおり医療証の交付（更新）を申請します。
 なお、以後医療費の助成に関し、確認が必要な場合は、課税台帳等の公簿により所得・課税状況や資格等を確認することを承諾します。

申請理由	1 重度障がい該当 2 転入 3 生保廃止 4 所得制限非該当 5 更新 6 他公費喪失 7 その他（ ）				
対象者	住所				
	フリガナ	生年月日	性別		
	氏名	年月日			
保護者	住所	電話			
	フリガナ	生年月日	続柄		
	氏名	年月日			
加入	世帯主被保険者氏名	続柄			
	世帯主被保険者住所				
医療 保 険	保険種別	協・組・日・船・共・国・国組	附加給付	有 無	
	記号番号		資格取得年月日	年月日	
	発行機関	所在地			
		名称	保険者番号		
障がいの 状 況	身体障がいの状況	身体障害者手帳	年月日交付	第 号	
		等級	級	障害種別 視・聴・言・肢・内	
	精神障がいの状況	精神障害者手帳	年月日交付	第 号	
		有効期限	年月日		
	知的障がいの状況	療育手帳	年月日交付	第 号	
程度		次回判定年月日	年月日		
指定難病の状況	難病認定	難病受給者証	年月日～年月日		
	障がい認定	障害年金・特別児童扶養手当・医師診断書			
障害年金又は特別児童扶養手当の受給の有無		有 無			

町 処 理 欄	受給者番号		受 付
	資格取得日	年月日	
	証交付日	年月日	

- 申請者の欄及び太線わく内について記入して下さい。
- 申請は、障害の状況を証する書類（身体障害者手帳・精神福祉手帳・療育手帳・判定機関の証明書等・指定難病受給者証等）を添えて行なって下さい。
- 障害年金又は特別児童扶養手当を受給している方は、それを証する書類を添えてください。
- 障害年金又は特別児童扶養手当を受給されていない人は別紙1所得状況も記入してください。なお、難病認定の方で、障害年金（特別児童扶養手当）を受給されていない方は、障がい認定にかかる医師の診断書を添えてください。