

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、課税台帳等の公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により所得・課税状況等を確認することに同意します。

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										
	個人番号												
保護者	住所		電 話										
	フリガナ		生 年 月 日 続 柄										
	氏 名		年 月 日										
	個人番号												
加入 医療 保険	世帯主被保険者氏名		続 柄										
	世帯主被保険者住所												
	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		

1 申請者の欄及び太線わく内について記入して下さい。
2 申請は、障害の状況を証する書類（身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・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。
3 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。
4 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。