

第5号様式（第7条関係）

重 度 障 が い 者 医 療 費 福 祉 医 療 証 再 交 付 申 請 書

年 月 日

逗 子 市 長 住所 _____

申請者 氏名 _____

電話 _____

次のとおり申請します。
 また、支給要件確認のため、 年度以降の受給者本人の所得状況の確認に同意します。

受給者	ふりがな		生年月日		年 月 日	
	氏 名		個人番号			
加入 医療 保険	被保険者氏名		受給者との 続柄		住 所	
	保 険 種 別		被保険者証 の記号番号		付加給付金 等の有無	有 無
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名		所在地			

決裁内容	1 交付する 2 交付しない	受給者番号		受 付	
障害の程度	身体障害者手帳の等級 級		年 月 日交付		
	知能指数 (IQ)		年 月 日判定		
	精神障害者保健福祉手帳の等級 級 有効期限		年 月 日交付 年 月 日		
備考					

(注) この申請書を提出するときは、被保険者証を提示してください。