第１号様式（第５条関係）

# 重度障がい者医療費福祉医療証交付申請書

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。

☐ 本事業における受給資格の審査に必要な範囲で、住民記録、所得状況、医療保険加入状況等、逗子市が有する公簿の確認に同意します。

☐ 医療費助成の審査に必要な範囲で、他の行政機関に受給者の所得状況、保険者に資格及び保険給付の内容等必要な事項を照会することに同意します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受給者 | ふりがな<br>氏名 | | 生年月日<br>年　月　日 |
| | 個人番号 | | |
| | （　年１月１日現在の住所）<br>☐ 申請者住所と同一<br>☐ その他（　　） | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 加入医療保険 | 保険種別 | ☐ 国保　☐ 社保<br>☐ 後期 | 被保険者等の記号・番号 | | | |
| | 被保険者氏名 | | 受給者との続柄 | | 付加給付金等の有無 | 有・無 |
| | 保険者番号 | | 保険者名 | | | |

市記入欄

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 決裁 | 1　交付する<br>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<br>級　年　月　日 | | | |
| | 知能指数（IQ） | 年　月　日判定 | | | |
| | 精神障害者保健福祉手帳の等級<br>有効期限 | 級　年　月　日交付<br>年　月　日 | | | |
| 備考 | | | | | |