

重度障害者医療証交付（更新）申請書

年 月 日

泉 南 市 長 あて

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。

申請理由	1. 重度障害者該当 2. 転入 3. 保険加入 4. 生保廃止 5. 所得制限無 6. ()										
対 象 者	ふりがな 氏名					生年月日 年 月 日					
	個人番号										
	住所					住民となった日 年 月 日					
保 護 者 後見人 親権者	住所 電話										
	氏名					生年月日 年 月 日			続柄 対象者の		
加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者等氏名								続柄 対象者の		
	世帯主・被保険者等住所										
	保険種別 協・組・日・船・共・国・後								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 (符号)									
障 害 の 状 況	身体障害 の 状 況		程度（級別） 1・2・3・4・5・6				障害種別 視・聴・言・肢・内			再認定年月 年 月	
			身体障害者手帳		(判定機関)						
	年 月 日 交付 第 号										
	知的障害 の 状 況		程度 A・B1・B2				判定年月日 年 月 日			次回判定年月日 年 月	
			療育手帳		(判定機関)						
	年 月 日 交付 第 号										
精神障害 の 状 況		程度（級別） 1・2・3				有効期限 年 月 日					
		精神障害者保健福祉手帳									
年 月 日 交付 第 号											
指定難病（特定疾患）受給者証 障害基礎年金又は特別児童扶養手当の受給等 診断書					有 ・ 無 有 ・ 無 様式第 号						
処 理	判定依頼日 年 月 日				判 定 日 年 月 日 該当 ・ 非該当						
医 療 証 番 号	第 号			発行年月日			年 月 日				

*申請者の欄及び太線わく内について記入してください。

*該当する内容は、字句又は数字を○で囲んでください。

*申請は、障害の状況等を証する書類（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・判定機関の証明書等）、指定難病（特定疾患）受給者証及び障害基礎年金1級該当である年金証書か診断書、又は特別児童扶養手当証書添えて行ってください。

泉南市が重度障害者医療費助成制度の事務手続きを処理するために、個人番号を通じて地方税関係情報及びその他必要とする公簿等について閲覧、取得することに同意します。

年 月 日

(署名) _____