

重度障害者医療費受給者証 [交付・更新] 申請書

助 成 対 象 者	ふりがな	住所		
	氏 名	男・女		
	生年月日	年 月 日		
配 偶 者	氏 名	住所		
扶 養 義 務 者	受給者との続柄	住所		
	①氏 名	( )		
	受給者との続柄	住所		
	②氏 名	( )		
扶 養 義 務 者	受給者との続柄	住所		
	③氏 名	( )		
扶 養 義 務 者	受給者との続柄	住所		
	④氏 名	( )		
課 税 の 状 況	所 得 判 定 対 象 者	市町村民税所得割税額		
	助 成 対 象 者	円		
	配 偶 者	円		
	扶 養 義 務 者	①	円	③ 円
		②	円	④ 円
	合 計 額	円		
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	協・組・日・船・共・国・国組	被 保 険 者 番 号	
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名	( 保険者番号 )	所 在 地	
受 給 者 証 交 付 ( 更 新 ) 申 請 事 由	1 加東市福祉医療費助成に関する条例第2条第2号に新規に該当するようになったため 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため 4 年度切り替えによる該当のため 5 年度更新のため 6 その他 ( ) ( 交付申請事由発生年月日 年 月 日 )			
加東市長 様 上記のとおり、重度障害者医療費受給者証の交付(更新)を申請します。 なお、資格認定等については、税務情報による私及び配偶者・扶養義務者の所得課税状況等の調査を承諾します。 当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その申請及び受領を公費負担者である加東市に委任します。  年 月 日  住 所 申請者 世帯主 電話番号 ( ) -				

・文字は、楷書ではっきり書いてください。