

障害者医療費受給資格証(交付・更新)申請書

令和 年 月 日

総社市長 様

障がい者に係る医療費の助成を受けたいので、受給資格証の交付及び所得区分の認定を関係書類を添えて申請します。

申請に当たり、私と私の医療保険の世帯及び住民基本台帳上の世帯全員に係る課税状況・生活保護状況・国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況・年金等の受給状況について、公簿により確認されることを承諾します。この承諾について、世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。なお、以後の受給資格証の更新に必要な場合も同様とします。

また、高額療養費について貴市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市へ支払います。

私が後期高齢者医療の被保険者で、高額療養費について貴市が過払いとなっている場合は、岡山県後期高齢者医療広域連合からの高額療養費の受領を貴市に委任します。

また、当申請書を岡山県後期高齢者広域連合に提供することを承諾します。

対象者本人 申請者	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏名			
	個人番号			
住所	〒	—	TEL ()	—
交付申請理由		1 重度身体障がい者（1級及び2級手帳所持者） 2 重度知的障がい者 3 知的障がい・身体障がい合併障がい者 4 精神障がい者（1級手帳所持者及び自立支援医療受給者証所持者）		
手帳情報		手帳区分		等級
		手帳番号	第 号	
		交付年月日	年 月 日	
		次回再認定（判定）年月日	年 月 日	
自立支援医療（精神通院） 受給者証情報 ※精神障がい者のみ記載		受給者番号		
		有効期間	自 年 月 日	
			至 年 月 日	

※裏面も記入してください。

ここから下の欄には記入しないでください

市町村記入欄

交付決定年月日		
所得制限	該当	・ 非該当
前回所得区分	低所得Ⅰ 一般	・ 低所得Ⅱ 一定以上
今回所得区分	低所得Ⅰ 一般	・ 低所得Ⅱ 一定以上
所得確認		
受給資格者番号		

加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名									対象者との続柄			
	個人番号									※被保険者又は世帯主が対象者本人（申請者）と同じ場合は省略できます。			
	保険種別	国・協・日・組・共・後・他								被保険者証の記号番号			
	保険者名 (発行機関名)									保険者番号			
	対象者本人と同じ医療保険に加入している者 <※1>	氏名 (本人)									住所		
		個人番号	対象者本人（申請者）と同じ										
		氏名									住所		
		個人番号											
		氏名									住所		
		個人番号											
氏名										住所			
個人番号													
附加給付	有（内容：）・無												
特定疾病療養受療証の有無	有・無 ※対象者本人が証の交付を受けている場合は、有に○を記入ください。												
世帯の状況	※1以外の世帯員 <※2>	氏名		個人番号								加入する医療保険種別	
												国・協・日・組・共・後・他	
												国・協・日・組・共・後・他	
												国・協・日・組・共・後・他	
												国・協・日・組・共・後・他	
他の公費負担制度による医療費の支給	有（制度名：）・無												

（記入上の注意点）

- 対象者の加入する医療保険の被保険者又は世帯主の個人番号について、申請者と同じであれば記入省略できます。
- <※1>欄には、対象者と同じ医療保険に加入する者（被保険者、被扶養者）全員の氏名・住所・個人番号を記入してください。
- <※2>欄には、対象者と同一世帯であるが、別の医療保険に加入している者がいる場合、その氏名、個人番号及び医療保険の種別を記入してください。
- 医療保険種別 国保・協会管掌（協管健保）・日雇・組合管掌（組合健保）・共済組合・後期高齢者医療等

（添付書類）

○医療保険の加入状況が確認できるもの（資格確認書、マイナポータル画面の写し等）もしくは
マイナ保険証等

（国民健康保険の場合は加入者全員のもの。被用者保険の場合は受給資格者と被保険者のものが必要）

※被扶養者が市外にお住まいの場合、被扶養者の個人番号がわかるもの（マイナンバーカードの写し等）をご提出いただきます。