（表面）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障害者医療費受給資格認定更新申請書 | | | | | | | | | | |
| 支給対象者 | | | | | 受　　　給　　　者（申請者） | | | | | |
| 氏名（ふりがな）　　　　　　　　　男  女 | | | | | 氏名（ふりがな）　　　　　　　　　男  女 | | | | | |
| 個人番号 | |  | | | 個人番号 | |  | | | |
| 年　　月　　日生 | | | | | 年　　月　　日生 | | | | | |
| 住所 | | | | | 住所　　　　　　　　　　　続柄 | | | | | |
| 障害程度等 | □身体障害者手帳　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日交付  □療　育　手　帳　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　　　号  □精神障害者保健福祉手帳 | | | | | | | | | |
| 障害区分  視覚・聴覚・言語・肢体・内部・精神 | | | | | | | | | |
| 障害程度　　　　　　　　　　　　　　級　・　ＩＱ | | | | | | | | | |
| 保険の状況 | 加入保険の名称　　　　　　　　　　　　　被保険者証記号番号 | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名　　　　　　　　　　続柄 | | | | | 資格取得年月日  年　　月　　日 | | | | |
| 付加給付　内容  　　　有 | | | | | | | | ・　無 | |
| 被保険者証発行機関 | | 名　称 | | | | | | （参考） | |
| 所在地 | | | | | |  | |
| 他制度（自立支援医療等）による給付状況 | | | 有 | 名称　　　　　　　　受給番号　受給開始年月日 | | | | | | ・　無 |
| 上記により、認定（更新）されるよう申請します。  年　　月　　日  　杵築市長　　　　　様  申請者氏名　　　　　　　　印  電話　　（　　） | | | | | | | | | | |
| 受給者証記号番号 | | | | 認定 | | | | 更新 | | |
| ・　　・　　　交付 | | | | ・　　・　　　交付 | | |

　（裏面の注意事項をよく読んでください。）

　（裏面）

　１　記入上の注意

　　(１)　障害区分欄は、該当するものを○で囲んでください。

　　(２)　付加給付の「有」の場合は、できるだけ詳しく記入してください。

　２　添付書類

　　(１)　住民票の写し

　　(２)　前年の所得（受給資格申請を１月から６月までの間に行う場合には、前々年の所得）を証する書類

　　(３)　身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳

　　　　手帳のない場合は、次のいずれかを添えてください。

　　　ア　特別児童扶養手当を受けている者は、その証書

　　　イ　障害年金又は障害福祉年金を受けている者は、その証書

　　　ウ　その他障害の程度を証明できる書類

　　(４)　医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者であることを証する書類