

様式第1号(第2条関係)

臼杵市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
年 月 日	年 月 日
住所 臼杵市	住所 臼杵市 続柄
障害程度等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保険福祉手帳 年 月 日 交付 第 号
	障害区分 視覚・聴覚・言語・肢体・内部・知的・精神
	障害程度 級 IQ
	加入保険の名称 国保・後期高齢・社保・共済・船員・その他()
保険の状況	被保険者氏名 続柄 資格取得年月日 年 月 日
	被保険者番号
	付加給付 有() ・ 無
	被保険者証 発行機関 名称 (参考) 所在地
	他制度(老人保健更生医療等)による給付状況 名称 受給番号 受給開始年月日 有() ・ 無
上記により認定(更新)されるよう申請します。 年 月 日 (あて先) 臼杵市長 申請者氏名 印 (電話)	
受給者証記号番号	認定 ・ ・ 交付
	更新 ・ ・ 交付

【振込先】

銀行名	口座番号
支店名	ふりがな 口座名義人

(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) 附加給付の「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(支給資格申請を1月から7月までの間に行う場合には、前々年の所得)を証する書面。
- (3) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保険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ものは、その証書
 - イ 障害基礎年金を受けているものは、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