

重度障害者医療医療証 交付更新 申請書

年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

申請者住所

ふりがな

氏名

続柄

連絡先

下記のとおり(関係書類を添えて)医療証の交付(更新)を申請します。
また、医療証の職権更新について承諾します。

対	申請の理由	<input type="checkbox"/> 障がい者該当 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険加入・変更 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他			
	住所	寝屋川市			
	ふりがな		個人番号		
	氏名				
	生年月日	年 月 日			
	健康保険の種類	協会・健保組合・共済組合・国保・後期高齢・その他			
	発行機関名		保険者番号		
象	被保険者	ふりがな			対象者との 続柄
		氏名	年 月 日生		
		住所			
	記号・番号	.			
者	障害の状況	身体	程度(等級)	障害種別	
			1級・2級・3級・4級・5級・6級	視覚・聴覚・言語・肢体・心臓・腎臓・呼吸・()	
		身体障害者手帳	年 月 日	発行	第 号
	知的	重度(A)・中度(B1)	判定日	年 月 日	判定機関
		療育手帳	年 月 日	発行	第 号
	精神	福祉手帳 1級			
難病	障害年金1級	障害年金1級該当	特別児童扶養手当1級該当		
合併					

同意書

寝屋川市重度障害者医療医療証の(交付・更新)に関し、事務手続きを処理するために限り、
地方税関係情報について取得することに同意します。

住所

同意者 氏名

生年月日

認定年月日	年 月 日		
受給者番号	医療証の有効期間	から	まで