

重度心身障害者医療費受給者証

取得・再交付 申請書  
変更・資格喪失 届出書

		新規(変更・喪失)		変更前		事由													
受給者番号						<b>1 新規</b> <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 他市区町村からの転入 <input type="checkbox"/> その他 上記の事由発生日(平成 年 月 日) <b>2 変更</b> <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 町内転居(住所変更) <input type="checkbox"/> 扶養義務者の変更 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> 65歳到達(障老への変更) <input type="checkbox"/> 障害の程度変更 <input type="checkbox"/> その他 上記の事由発生日(平成 年 月 日) <b>3 喪失</b> <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の市(区)町村への転出 <input type="checkbox"/> その他 上記の事由発生日(平成 年 月 日) <b>4 再交付</b> 上記の事由発生日(平成 年 月 日) ※重度心身障害者入通院の申立による医療の開始日 (平成 年 月 日)													
対象者の状況	(ふりがな)																		
	対象者氏名	男女		男女															
	生年月日	明・大昭・平 年 月 日		明・大昭・平 年 月 日															
対象者の居住地(施設名及び施設所在地)	上川郡東川町		上川郡東川町																
受給資格要件の状況	身体障害者手帳	交付年月日	年 月 日	交付年月日	年 月 日														
		番号	第 号	番号	第 号														
	知能指数の判定	療育手帳	交付年月日	年 月 日	交付年月日	年 月 日													
			番号	第 号	番号	第 号													
	判定(診断)	判定(診断)	判定	A・B	判定	A・B													
			番号	第 号	番号	第 号													
精神障害者手帳	総合判定(診断)	総合判定(診断)	重・中・軽	総合判定(診断)	重・中・軽														
		番号	第 号	番号	第 号														
医療保険の加入状況	保険者の名称(保険者番号)																		
	所在地																		
	記号・番号																		
	加入者氏名(続柄)																		
上記のとおり関係書類を添えて申請します。 受給資格認定に際し、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 また、受給者の加入医療保険等において高額療養費が発生する又は発生すると見込まれる場合は、東川町長が当該医療保険者に対し、高額療養費に関する必要な事項について調査することに同意します。						※受給者証 平成 年 月 日交付 平成 年 月 日回済 平成 年 月 日回予 ※システム登録日 <table border="1"> <tr> <th>システム</th> <th>名簿</th> <th>後期</th> <th>手帳</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>通院のみ</td> </tr> </table>		システム	名簿	後期	手帳								通院のみ
システム	名簿	後期	手帳																
			通院のみ																
※決定欄	決裁欄	課長	室長	主任等	合議														
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認める。			適用年月日	年 月 日														
2 右の理由により、上記申請を却下する。			却下理由																