

重度心身障害者医療費受給資格認定申請書
更新

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)	
T・S・H・R 年 月 日生		T・S・H・R 年 月 日	
住所 豊後大野市		住所 豊後大野市	
障害程度等	<input type="checkbox"/> 身障者手帳 障害程度 級 <small>障害区分(視覚 聴覚 言語 肢体 内部)</small>		年 月 日 交第
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 障害程度 IQ		年 月 日 交第
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 障害程度 級		年 月 日 交第
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
	附加給付 (「有」の場合は内容) 有・無		
	被保険者証 発行機関	名称 所在地	保険者番号
あなたの生計を維持している者(扶養義務者)	氏名	住所	
他制度(自立支援医療等)による給付状況	名称 有・無	受給者番号	受給開始年月日
上記により認定(更新)されるよう申請し、併せて所得調査に同意します。 豊後大野市長 様 令和 年 月 日 申請者氏名 ⑩ (電話番号)			
受給者番号	認定		更新
	.	.	.