

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)	男 女
T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 生		T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 生	
住所 豊後大野市		住所 豊後大野市	
障 害 程 度 等	☐ 身障者手帳 障害程度 級 障害区分 (視覚 聴覚 言語 肢体 内部)		年 月 日 交付 第 号
	☐ 療育手帳 障害程度 IQ		年 月 日 交付 第 号
	☐ 精神障害者保健福祉手帳 障害程度 級		年 月 日 交付 第 号
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
	附加給付 (「有」 の場合は内容) 有 ・ 無		
	被保険者証 発行機関	名 称	保 険 者 番 号
所在地			
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 受給者番号 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、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 印 (電話番号)			
受給者番号	認定		更新
	. .		. .