

(様式第1号)

受付	年 月 日	決 裁	所長	課長	補佐	係長	係員
決裁	年 月 日						
受給資格	有 ・ 無						
負担割合	1割 ・ 0						

重度心身障害者医療費受給者証等 交付更新 申請書

公費負担者番号	80020076	受給者番号	0	0						
障 害 者	(ふりがな)		男 ・ 女	(生年月日) 満 歳 年 月 日						
	氏名・性別									
	個人番号									
	住 所	三沢市								
	身障手帳等	身 障	1 級		第 号					
			2 級		年 月 日 交付					
			3 級		障害名					
		愛 護	A							
	精 神	1 級		年 月 日 開始						
	加入医療保険	記 号	被保険者又は組合員の氏名							
番 号							続柄			
保 険 者		所在地					附加給付			
		名 称					有 ・ 無			
申 請 者	上記のとおり重度心身障害者医療費の助成を受けたいので受給者証（決定通知書）の 交付・更新を申請します。 なお、前年の所得状況書類を添付しない場合は、公簿等を確認することに同意します。 年 月 日 三沢市長 殿									
	住 所	三沢市			(TEL -)					
	氏 名	印			備考					
	続 柄									

注1 太枠の部分のみ記入してください。

注2 この申請書には、次の3つを添付してください。

- ①医療保険の被保険者証
- ②身体障害者手帳、愛護手帳または精神障害者保健福祉手帳
- ③対象となる障害者及び同居世帯員並びに扶養義務者の前年の所得状況が明らかになる書類。