

第1号様式（第7条関係）

重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

（宛先）江別市長

申請者 住 所  
氏 名  
個人番号  
対象者との続柄  
電話番号

重度心身障がい者医療費受給者証の交付を申請します。

また、当該医療費の助成に必要な範囲において、次のことに同意します。

- ・江別市長が私、私の同一世帯員及び主たる生計維持者の所得及び住民税の課税状況について調査すること。
- ・江別市長が私、私の同一世帯員及び主たる生計維持者が加入している医療保険の資格情報、給付内容等について調査すること。
- ・江別市長が私の医療費助成の資格情報、給付内容等について保険者及び医療機関等に情報提供すること。

		受 給 者 番 号						
申 請	対象者の状況	フリガナ			住所			
		対 象 者						
		個 人 番 号			生年月日	年 月 日 ( 歳)		
		フリガナ			住所			
		生 計 維 持 者						
		生 年 月 日	年 月 日					
内 容	受給資格要件の状況	身体障害者手帳 精神保健手帳		交付年月日 番 号	年 月 日 第 号	障 害 の 級	級	
		判 定 指 数 の 定	療 育 手 帳	交付年月日 番 号	年 月 日 第 号	判 定	A ・ B	
			判 定 ( 診 断 )	判定(診断) 年 月 日 機 関 名	年 月 日	総 合 判 定 ( 診 断 )	重 度 中 度 軽 度	
		医 療 保 険	保険者名		記号		番号	
			保険者番号		被保険者		付加給付	有 ・ 無
	添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 所得課税証明書						

認定事由	認定年月日
	年 月 日
備 考	