

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

受付印

次のとおり広島市長宛申請します。重度心身障害者医療費受給資格の認定及び更新に際し、私及び私の配偶者並びに私の扶養義務者の所得金額及び所得控除額を課税台帳及び課税資料により、私の世帯構成を住民基本台帳により確認し、他の制度の受給状況を調査及び確認することに同意します。なお、このことについて、私の配偶者及び私の扶養義務者の同意を得ています。また、私に支給される介護保険法に規定する高額介護(介護予防)サービス費について、重度心身障害者介護保険利用負担助成で支給される金額と重複する場合、その金額を広島市が受給者に代わって受領することに同意します。

令和 年 月 日 (申請者(受給者)氏名)

※ 住民票が別世帯になっている方については、その方の同意が必要です。氏名の記入をお願いします。

(住民票が別世帯になっている方 氏名:)

申請者 (受給者)	フリガナ		年 齢	〈住所〉		
	氏 名		歳	広島市		
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日	日中連絡のつく電話番号	- -		
	※申請日時時点で受給者が15歳未満の場合もしくは成年被後見人等の場合、申請者は親権者又は後見人となりますので、右に氏名等を記入してください。			氏名	続柄	
	令和 年1月1日現在の所在地 : ☐ 広島市 ☐ その他 ()					
※「 ☒ 広島市」で広島市以外の市町村で課税されている場合または「 ☐ その他」の場合には別紙「個人番号申出書」を提出してください。						
配偶者	フリガナ		〈住所〉 ※受給者と同じ場合は記載不要です。			
	氏 名					
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日				
	令和 年1月1日現在の所在地 : ☐ 広島市 ☐ その他 ()					
※「 ☒ 広島市」で広島市以外の市町村で課税されている場合または「 ☐ その他」の場合には別紙「個人番号申出書」を提出してください。						
扶養義務者	フリガナ		受給者との続柄	〈住所〉 ※受給者と同じ場合は記載不要です。		
	氏 名					
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日				
	令和 年1月1日現在の所在地 : ☐ 広島市 ☐ その他 ()					
※「 ☒ 広島市」で広島市以外の市町村で課税されている場合または「 ☐ その他」の場合には別紙「個人番号申出書」を提出してください。						
理由申請	☐ 手帳取得 ☐ 等級変更 ☐ 施設退所 (施設名)			申請理由発生年月日		
	☐ 生保廃止 ☐ 市外から転入 ☐ 所得該当 ☐ その他 ()			R 年 月 日		
保険加入情報健康	※資格確認書の写し等を提出する場合は記入不要です。					
	保険種別	☐ 後期高齢 ☐ 国保 ☐ 国保組合 ☐ 協会けんぽ ☐ 健保組合 ☐ 共済 ☐ 船員 ☐ 日雇				
	保険者名称				保険者番号	
	記号・番号	記号	番号	資格取得年月日	S・H・R 年 月 日	
	被保険者氏名				受給者との続柄	
障害等の状況	被爆者健康手帳 ☐ 有・ ☐ 無		施設への入所 ☐ 有 (施設名)・ ☐ 無			
	☐ 身体障害者手帳		市・県第 号	級	S・H・R 年 月 日 交付	
	☐ 療育手帳		市・県第 号	④ A	S・H・R 年 月 日 交付	
				⑤ B	S・H・R 年 月 日 判定	
	☐ 国民(障害)年金 記号 番号 (S・H・R 年 月 日 支給開始)					

※以下の欄は記入しないでください。

所得判定結果 (別紙のとおり)	有効期間	R . . から	起案日	R . .	係	係長	課長
☐ 該当 ☐ 非該当		R . . まで	決裁日	R . .			
☐ 認定 ☐ 却下		受給者番号	施行日	R . .			