

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

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に際し、私・私の配偶者及び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・確認することに同意します。なお、このことについて、配偶者及び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私に代わって受領することに同意します。

(本人) 氏名 _____ (連絡先 TEL _____)

※ 住民票が別世帯になっている方については、その方の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: _____)

ふりがな				男	生	大				
受給者氏名				女	年月日	昭	年 月 日			
住所	広島市 〈市外転入の場合： 年 1 月 1 日現在の住所地： 〉									
申請理由	<input type="checkbox"/> 手帳取得 <input type="checkbox"/> 等級変更 <input type="checkbox"/> 市外から転入 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 施設退所〈施設名： _____ 〉 <input type="checkbox"/> 所得該当 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他 〈 _____ 〉						発 生 年 月 日			
加入健康保険等	保険種別	協会けんぽ・船員・日雇・共済・健保組合・国保・国保組合・後期高齢保険								
	被保険者氏名				受給者との続柄					
	記号・番号	記号			番号					
	保険証発行機関名	発行機関名			保険者番号					
	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日								
配偶者	氏名				生年月日	大・昭	年 月 日			
	住所									
扶養義務者 続柄 ()	氏名				生年月日	大・昭	年 月 日			
	住所									
障害等の状況	被爆者健康手帳	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			後期高齢者医療被保険者証		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
	施設への入所	<input type="checkbox"/> 有 (施設名 _____)					<input type="checkbox"/> 無			
	身体障害者手帳	市・県第 _____ 号			級	S・H・R	交付			
	療育手帳	市・県第 _____ 号			①	A	S・H・R		交付	
		(判定年月日 S・H・R _____)			②	B	次期判定年月日 _____)			
	国民(障害)年金	記号 _____ 番号 _____			(S・H・R _____)		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)	交付年月日			起案年月日	決 裁 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	有効期間	_____ から _____	決 裁	係	係長
<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 却下	受給者番号				課長	
	本人申告	年少	人	み特扶	人	