

別記第1号様式

福祉医療費受給者証交付・更新申請書（障害者医療費申請用）

受給者	住 所			
	氏 名		電 話	
	生年月日		受給者番号	
	* 下記のうち、該当するものすべてに 印をしてください。			
	1 身体障害者手帳（1級・2級・3級）を持っている。			
	2 療育手帳Aを持っている			
	3 障害を理由とする年金の1級を受けている。			
4 特別児童扶養手当の1級支給対象児童。				
5 精神障害者保健福祉手帳の1級を持っている。				
6 その他（ ）				
原爆手帳を持っていますか。		（持っている・持っていない）		
施設に入所していますか。		（入所している・入所していない）		
現在入院中の場合その期間は。		（1年未満・1年～3年・3年以上）		
配偶者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
扶養者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
加入保険	記 号		番 号	
	被保険者氏名		受給者との続柄	
	発行機関名			
	所在地			
上記のとおり、重度心身障害者福祉医療費受給者証交付・更新を申請します。				
年 月 日				
周南市長 殿				
申請者 氏名 _____				
同意書	次のことについて同意します。			
	1 重度心身障害者福祉医療費受給者証交付・更新確認のため、受給者の所得状況を調査すること。			
	2 福祉医療受給資格該当期間中に高額療養費の対象になった場合、その申請及び受領について市長へ委任すること。			
年 月 日				
周南市長 殿				
受給者 氏名 _____				