

別記第1号様式（第4条関係）

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	
	個人番号			
	*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）		
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				
（宛先）周南市長				
申請者 氏名 _____				
TEL（ _____ ） 続柄（ _____ ）				
同意書	次のことについて同意します。			
	1 福祉医療費受給者証交付及び更新要件確認のため、受給者の所得状況を調査すること。			
	2 高額療養費算定基準及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。			
3 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について周南市長へ委任すること。				
4 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けた場合、市の過払い相当額を市へ返還すること。				
5 保険者に対して、医療の給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市が確認すること。				
6 受給者及び被保険者が周南市重度心身障害者医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者用の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。				
年 月 日				
（宛先）周南市長				
受給者（18歳未満の場合は保護者） 氏名 _____				