様式第３号（第11条、第12条、第13条関係）

重度障害者医療証交付（更新）申請書

　　年　　月　　日

岸和田市長　様

申請者 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

重度障害者医療証の交付（更新）を次のとおり申請します。

なお、私は、自身の地方税関係情報を保有する者が、岸和田市長に対し、本申請に係る事実についての審査に必要な限度において、個人番号を通じて当該情報を提供することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 |  |
| 対象者 | 　　該当要件 | 手帳種類区分 | 手帳番号 | 交付年月日 | 有期年月日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| （フリガナ） |  | 生年月日 | 　 年　　月　　日（　　歳） |
| 氏名 | 個人番号（　　　　　　　　　　　） |
| 住所 | １月２日以降転入した方転入日　　　年　　月　　日 |
| 加入医療保険 | 被保険者又は組合員の氏名（住所） | 　　　　　年　　月　　日生 | 区分 | □本人　　□家族 |
| 種別 |  | 記号 |  | 番号 |  |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |
| 資格取得年月日 | 　　　年　　月　　日 | 附加給付の有無 | □有　□無 | 特定疾病 | □有　□無 |
| 資格始期 | 　　　　年　　月　　日 | 交付年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 所得判定 | 扶養親族等の数 | 　　　　 人 | 内数 | 老人 | 　 　人 | 特定 | 　　　人 |
| 判定所得額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 氏名 | 対象者との続柄（　　　　　） |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　（　　　） |