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　（　　　） |