様式第1号の2(第2条関係)

　重度心身障害児(者)入院医療費受給者証交付・更新申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　 | 男女 | 住所 | 電話番号　　　(　　　) |
| 受給者氏名 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 個人番号 | -　　　　- |
| 世帯員 | 氏　名 | 個 人 番 号 | 前年度市民税課税の有無 |
|  | -　　　- | 有・無 |
|  | -　　　- | 有・無 |
|  | -　　　- | 有・無 |
|  | -　　　- | 有・無 |
|  | -　　　- | 有・無 |
|  | -　　　- | 有・無 |
| 加入保険 | ふりがな | 　 | 被保険者との続柄(　　　　) | 住所 |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 保険種別 | 政　組　共　日　船組国　市国　退本　退家 | 記号番号 | 　 | 　 |
| 保険者名 | (保険者番号　　　　　　　　　　　　　) | 付加給付の有無 | 有無 |
| 認定年月日 | 年　　月　　日 |
| 受給者証交付申請事由 | Ａ　新規交付(身体3級)Ｂ　転入Ｃ　生活保護法による保護廃止Ｄ　更新Ｅ　その他（　　　　　　　　　　　　）(交付事由発生年月日　　　　年　　　　月　　　　日) |
| 　上記のとおり、重度心身障害児(者)医療費受給者証の交付を申請いたします。　　　　年　　　月　　　日　（あて先）　橋　本　市　長申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　橋本市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| * 審　　　　　　　査
 | 交付　　　　　・　　　　　停止 |
| 交付・更新年月日 | 年　　　月　　　日　 | 受給者証番号 | 　 |

※印の欄以下は、記入しないでください。