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 | | | 被保険者証の記号番号 | | |  | |  | |
| 被保険者証発行機関名 | (保険者番号　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | 付加給付の有無 | | 有無 |
|  | | |
| 受給者証交付  申請事由 | | Ａ　新規交付(3級)  Ｂ　転入してきたため  Ｃ　生活保護法による保護の廃止のため  Ｄ　更新のため  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。