

# 福祉医療費受給者証交付(更新)申請書(重度心身障害者等)



申請年月日 年 月 日

受給資格者	受給者番号					資格取得年月日	年 月 日				
	住所	岐阜市				電話					
	フリガナ					生年月日	年 月 日生				
	氏名										
	身体障害	発行者		交付年月日	年 月 日	等級		番号			
	知的障害	療育手帳の交付年月日		年 月 日		障害の程度 療育手帳		番号			
		療育手帳の次の判定年月		年 月 日							
	戦傷病者	有効期間	自	年 月 日		障害の程度		番号			
			至	年 月 日							
	ねたきり状態	ねたきり状態となった年月日( 年 月 日)									
精神障害	精神障害者保健福祉手帳の有効期間	自	年 月 日		障害の程度		番号				
		至	年 月 日								
医療保険の加入状況	現在の加入状況				変更等がある場合						
	記号番号										
	フリガナ					続柄				続柄	
	被保険者氏名										
	保険者名										
	保険者所在地										
	保険者番号										
認定日	年 月 日				年 月 日						
配偶者・扶養義務者(生計維持者)の住所、氏名、生年月日及び続柄	配偶者				扶養義務者(生計維持者)						
	住所	住所				住所	住所				
氏名	氏名				氏名	氏名					
生年月日	生年月日				生年月日	生年月日					
続柄	(配偶者の世帯が別の場合のみ記入)				続柄	続柄					
被保険者の住所、氏名、生年月日及び続柄	住所	住所				住所	住所				
氏名	氏名				氏名	氏名					
生年月日	生年月日				生年月日	生年月日					
続柄	続柄				続柄	(被保険者の世帯が別の場合のみ記入)					
<p>上記のとおり、岐阜市福祉医療費助成制度(重度心身障害者等)による受給者証の交付(更新)を申請します。</p> <p>なお、受給資格の認定及び更新に当たり、受給資格者、その配偶者及び扶養義務者(生計維持者)の税務資料の閲覧について承諾します。</p> <p>また、岐阜市福祉医療費助成制度(重度心身障害者等)の受給資格者であることに関する情報を加入する医療保険の保険者に提供することに同意します。</p> <p>高額療養費及び高額介護合算療養費の請求及び受領について、世帯主又は被保険者は、岐阜市長に委任します。</p> <p>(あて先) 岐阜市長</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 岐阜市 氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">世帯主 又は (電話 _____ - _____ ) 被保険者 氏名 _____</p>											
(事務処理欄) マ、運、パ、手、その他 ( )											
受給資格者・配偶者・扶養義務者											
所得合計額	円				円			円			
控除額	円				円			円			
控除後判定額(扶養人数)	円( 人)				円( 人)			円( 人)			

※太枠内は記入しないでください。