

記入見本

ご記入下さい。

恒久医療費受給者証交付(更新)申請書(重度心身障害者)

受給される方の住所、氏名、生年月日等をご記入下さい。

申請年月日 年 月 日

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	生年月日	年 月 日生
-----	------	--------

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	番号
------	------------	-------	-------	----

お持ちの身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳等の写しを添付して下さい。

残傷病者	有効期間	自 年 月 日	至 年 月 日	障害の程度	番号
------	------	---------	---------	-------	----

ねたまり状態	ねたまり状態となった年月日()	年 月 日	障害の程度	番号
--------	------------------	-------	-------	----

精神障害	精神障害者保健福祉	自 年 月 日	障害の程度	番号
------	-----------	---------	-------	----

医療保険の加入状況	現在の加入状況	変更等がある場合
-----------	---------	----------

ご加入の健康保険が、確認できるもの(下記から1点)の写しを添付してください。

(有効期限内の健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルの資格情報※)

※マイナポータルの資格情報は マイナポータルの証明書欄にある健康保険証をクリックし

資格情報をPDFで保存後印刷してください。

被保険者氏名	続柄
--------	----

保険者名	資格情報
------	------

保険者番号	資格情報
-------	------

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
	氏 名	氏 名
	生年月日	生年月日

(配偶者の世帯が別の場合のみ記入)

続 柄

被保険者の住所、氏名、生年月日及び続柄	住 所	続 柄
	氏 名	続 柄
	生年月日	続 柄

(被保険者の世帯が別の場合のみ記入)

配偶者の記載欄については、配偶者が受給される方と別世帯である場合はご記入下さい。なお、扶養義務者(生計維持者)の記載欄は、特別に定める方以外は未記入のままです。

受給される方の健康保険証の被保険者が、受給される方と別世帯である場合はご記入下さい。

(あて先) 岐阜市長

申請者住所	岐阜市
氏名	
世帯主 又は 被保険者	氏名 (電話 - -)

受給される方(手帳を所持する方等)の住所、氏名等をご記入下さい。(受給される方が未成年の場合は、保護者の方が申請して下さい。)

受給される方の健康保険証の被保険者(社保の場合)または世帯主(国保の場合)等の氏名をご記入下さい。なお、申請者と同じでもご記入下さい。

受給資格者・配偶者・扶養義務者		
所得合計額		円
控除額		円
控除後判定額(扶養人数)		円(人)

※太枠内は記入しないください。