

ご記入下さい。

福祉医療費受給者証交付(更新)申請書(重度心身障害者等)

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  
年 月 日

※太枠内は記入しないでください。

住所	岐阜市		電話		
フリガナ			生年月日	年	月 日 生
氏名					

身体障害者手帳	発行者	交付年月日	年 月 日	等級	番号
知的障害者手帳	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。					
戦傷病者	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)				
精神障害者保健福祉手帳の有効期間	自 年 月 日	至 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
記号番号		
フリガナ		
被保険者氏名	ご加入されている健康保険証の写しを添付して下さい。	
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
	氏名	氏名
	生年月日	生年月日
	続柄	続柄
	(配偶者の世帯が別の場合のみ記入)	

被保険者の住所、氏名、生年月日及び続柄	住所	氏名	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。

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。)

申請者 住所 岐阜市  
氏名 \_\_\_\_\_  
世帯主 又は (電話 \_\_\_\_\_)  
被保険者 氏名 \_\_\_\_\_

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)