

受給者番号	
-------	--

心身障害者医療費受給者証交付・更新申請書

年 月 日

豊明市長 殿

〈申請者〉 住 所

氏 名 電 話

次のとおり心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。
 なお、申請にあたり、豊明市個人情報保護条例第10条第2項の規定に基づき、課税台帳、戸籍に記載された個人情報の収集に同意します。

受給者	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	
加入医療保険	保 険 の 種 類		被保険者証	記 号	
	被 保 険 者 (保険に入っている人の氏名)			番 号	
保険者	名 称				
認定区分	区 分	区 分	手 帳 情 報 等		
	<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害 1級 2級 3級 ・精神障害 1級 2級 ・知的障害 A判定 	<ul style="list-style-type: none"> ・腎機能障害 4級 ・進行性筋萎縮症 4～6級 ・自閉症状群 ・知的障害 B判定 ・精神障害 3級 ・自立支援医療のみ 	<ul style="list-style-type: none"> ・手帳番号 第 号 年 月 日交付 ・資格取得時期 年 月 日 ・受給者番号 第 号 年 月 日交付 		
備考					