

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。
 高額療養費受給等における適正な福祉医療事務遂行に必要な個人情報の収集、利用及び提供(※)に同意します。また、高額療養費に該当する場合は、支給した福祉医療費の範囲において、豊明市が受給権を取得することに同意します。

受 給 者	個人番号			
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日			
加 入 医 療 保 険	保 険 の 種 類		記 号	
	被 保 険 者 <small>(保険に入っている人の氏名)</small>		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 ・腎機能障害 ・進行性筋萎縮症 ・知的障害 A判定 B判定 ・精神障害 1級 2級 	<ul style="list-style-type: none"> ・自閉症状群 ・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 <li style="text-align: right;">年 月 日交付 ・資格取得時期 <li style="text-align: right;">年 月 日 ・受給者番号 第 号 <li style="text-align: right;">年 月 日交付 	
備 考				

※ 当該個人情報、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第9条第2項及び豊明市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用に関する条例(平成27年豊明市条例第26号)第4条第1項の規定に基づく利用に供する個人番号である場合は、利用のみ行われます。