重度障がい者医療証（交付・更新・再交付）申請書

受給者番号							
発行事由		1. 新規 2. 転入 3. 生活保護の廃止 4. 保険加入 5. 資格復活 6. 紛失 7. 盗難 8. 破損 9. その他()					
①受給者氏名			性別	生年月日			
			男・女	年 月 日			
加入 保 険	保険種別	協 組 日 船 共 国 国組 自 特定 後期					
	保険者名			保険者番号			
	被保険者名			受給者との続柄			
	記号			番号			
保護者 (後見人 親権者)		住所		TEL			
		氏名		生年月日 年 月 日		受給者との続柄	
根 拠 と な る も の	重度障がい者	身体	級	年 月 日発行			
				第 号			
		療育	A・B1	年 月 日発行			
				第 号			
		精神	1 級	年 月 日発行			
				第 号			
	特定医療費（指定難病）受給者証 又は特定疾患医療受給者証			有効期限	年 月 日		
				障がい年金 有期	年 月 日		
			特児 有期	年 月 日			

和泉市長 あて

上記のとおり、医療証の(交付・更新・再交付)申請をします。

なお、申請に当たり公簿により所得等の確認をされることを承諾します。

年 月 日

申請者 住所 _____
 (保護者) 氏名 _____ 受給者との続柄()
 (申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)
 電話番号() _____