

記入例

※この処理欄には記入しないでください。

処理欄	受付日	受給資格	※受給者証(受給資格決定通知書)										
	年 月 日	有・無	公費負担番号	8	0	0	2	0	0	1	9	認定日	年 月 日
			受給者番号	/									

青森市重度心身障害者医療費受給資格認定(更新)申請書

申請者	住所	青森市〇〇×丁目△番△号 (TEL 017-123-4567)											
	氏名	青森 太郎							昭和〇年 〇月 〇日生				
	職業	会社員				障害者との続柄			本人				
障害者	住所	同上 (TEL)											
	氏名	青森 太郎							昭和〇年 〇月 〇日生				
加入医療保険	被保険者証		被保険者または組合員の氏名							附加給付			
	記号									有・無			
	番号												
	保険者	所在地											
	名称												
医療費振込金融機関名	〇〇 銀行		001	本店			口座番号	1234567					
				△△支店			普通	アオモリ タロウ					
<p>上記のとおり、重度心身障害者医療費受給者証等の交付(更新)を申請します。</p> <p>なお、当該申請及び毎年度の資格更新に当たり、養育者及びその家族の所得及び課税状況を確認することについて (<u>同意します</u> 同意しません。)</p> <p>また、当該受給資格を取得した場合であって、毎年10月1日の資格更新に当たり、本人及びその家族の所得及び課税状況を確認することにより、翌年度以降も受給資格があると認定したときは、当該受給者証等の交付について (<u>希望します</u> 希望しません。)</p>													
青森市長様										令和〇年 〇月 〇日			
							申請者氏名		青森 太郎				

(注) この申請書には次のものを添付してください。

- ①健康保険証 ②身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・愛護手帳のいずれか ③本人及び同一世帯の家族の前年(1月～9月に申請する場合は前々年)の所得及び課税状況がわかる書類

なお、③については、転入した場合を除き、市が確認することに同意する場合は添付する必要はありません。

受付	確認	備考