第1号様式

重度障害者医療費助成医療証交付申請書

受付印

住所			
カナ		電話	
氏名		生年月日	年　月　日

医療保険加入	被保険者名	氏名		続柄	※被保険者から見た受給者の続柄
		住所			
	発行	名称		保険加入日	年　月　日
	記号・番号			保険者番号	

交付申請事由	1, 新たに障害の程度が該当したため 2, 他の市(区)町村からの転入 3, 生活保護廃止により新たに保険に加入したため (廃止日:　年　月　日) 4, その他(　　)
障害の程度を証する書類	1, 身体障害者手帳 等級(　　)〔手帳交付年月日　年　月　日〕
	2, 療育手帳　程度(　　)〔判定年月日　年　月　日〕
	3, 精神障害者保健福祉手帳 等級(　　) 手帳交付年月日　年　月　日 今回の有効開始日　年　月　日 手帳有効期限　年　月　日

上記のとおり医療証の交付を申請します。なお、所得及び認定に必要な事項の確認、健康保険の高額療養費等について健康保険者等との給付調整を行うことを承諾します。

年　月　日　　相模原市長　あて

申請者
住所
氏名

※事務処理欄	資格取得日確認	□住民日(　年　月　日) □保険加入日(　年　月　日) □生保廃止日(　年　月　日) □手帳交付日(身)、判定日(療)、等級の有効開始日(精)(　年　月　日)の属する月の1日 上記のうち一番新しい日付を資格取得日とする →医療費助成受給資格取得日　年　月　日
	交付要件を満たしているので医療証を交付します。 受給者番号 □□□□□□□　で　年　月　日　証交付	
	担当者名	
	備考	

高齢・障害者支援課　障害支援班(電話042－769－8355)