

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

**記入例**

住所	相模原市中央区中央2-11-15		電話	042-754-1111								
カナ	サガミ ハナコ		生年月日	昭和 58 年 4 月 8 日								
氏名	相模 花子		続柄	妻 ※被保険者から見た受給者の続柄								
医療加	被保険者名	氏名	相模 太郎		住所							
		住所	相模原市中央区中央2-11-15									
保入	発行	名称	相模原市		保険加入日							
	記号・番号		10 12345678		令和元 年 5 月 1 日							
除			保険者番号	146027								
交付申請事由	<p>1, 新たに障害の程度が該当したため</p> <p>2, 他の市(区)町村からの転入</p> <p>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)</p> <p>4, その他( )</p>											
障害の程度を証する書類	1, 身体障害者手帳 等級( 1 ) [手帳交付年月日 令和元 年 5 月 16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]											
<p>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。</p> <p>令和元 年 5 月 16 日 相模原市長 あて</p> <p>住所 相模原市中央区中央2-11-15</p> <p>申請者 氏名 相模 花子</p>												
<b>職員記入欄</b>		<input checked="" type="checkbox"/> 住民日 (R1年5月1日) <input checked="" type="checkbox"/> 保険加入日 (R1年5月1日) <input type="checkbox"/> 生保廃止日 ( 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 手帳交付日(身)、判定日(療)、等級の有効開始日(精) (R1年5月16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 令和元年5月1日										
※事務処理欄		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 <table border="1"> <tr> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> </tr> </table> で令和元年5月16日 証交付				X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X						
		担当者名 ○○										
		備考										