

様式第 1 号

重度障がい者医療証交付（更新）申請書

年 月 日

河南町長 様

（申請者） 住 所

氏 名	印
電話番号	対象者との続柄

下記のとおり医療証の交付（更新）を申請します。

なお、申請及び毎年の資格更新に当たり、市町村民税課税台帳等により所得・資格情報を確認することを承諾します。

申請理由	1 障がい者該当 2 転入 3 保険加入・変更 4 生保停止 5 所得制限解除 6 その他( )												
対象者	フリガナ										性別	男・女	
	氏 名	生年月日			年 月 日								
	住 所	住民となった日 (転入の場合)					年 月 日						
保護者 後見人 親権者	住 所	電話番号											
	氏 名	生年月日			年 月 日			対象者との続柄					
加 入 医 療 保 険	(国保)世帯主 (社保)被保険者	氏名	対象者との続柄										
		住所											
	保険種別	国保 協会けんぽ 組合健保 共済 国保組合 後期 その他( )						付加給付	有・無				
	記 号	番 号			資格取得			年 月 日					
発行機関	所在地												
	名称	保険者番号											
障がいの 状 況	身体障がいの状況	等級	1	2	3	4	5	6	級	種別	視・聴・言・肢・内( )		
		手帳	交付年月日			年 月 日			第 号				
	知的障がいの状況	程度	A	B1	B2								
		手帳	交付年月日			年 月 日			第 号				
	精神障がいの状況	等級	1	2	3	級							
		手帳	交付年月日			年 月 日			第 号				
障がい基礎年金又は特別児童扶養手当の受給の有無										有・無			

医療証	公費負担者番号	8	0	2	7	0	6	0	6	発行年月日	年 月 日
	受給者番号								有効期間開始日	年 月 日	

※申請者の欄及び太線枠内の各欄に記入・押印してください。

※該当する内容は、字句又は数字を、○で囲んでください。

※申請の際は、障がいの状況を証する書類(身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳等)を、障がい基礎年金又は特別児童扶養手当を受給している方は、受給を証する書類を添えてください。

決裁	課長	係長	係	浄書	照合	公印	受付
				本件を受理し、医療証を発行してよろしいか。			

(裏)

所 得 状 況

対 象 者 氏 名			
条例第2条の2第1項に規定する額		円	
扶 養 親 族 が 無 い 場 合		円	
扶 養 親 族 が あ る 場 合 の 加 算 額		円	
扶養親族の数		うち老人控除対象配偶者	うち特定扶養親族
人		及び老人扶養の合計数	人
所 得 額			円
控 除	雑 損		円
	医 療 費		円
	小規模企業共済等掛金		円
	配偶者特別控除		円
	社 会 保 険 料		円
	障がい者である扶養親族数 障 人 特障 人		円
	老・寡・寡特・勤の別		円
	地方税法附則第6条第1項の 免 除 に 係 る 所 得 額		円
	そ の 他		円
控 除 後 の 所 得 額			円