

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書 記載例

重度心身障害者医療費受給者証交付(更新)申請書

《記載上の注意》

申請者	住所	久慈市川崎町1-1		
	氏名	久慈 太郎	電話	090 (0000) ××××
重度心身障害者	該当要件	身体障害1・2級 障害基礎年金1級・特別児童扶養手当1級・療育手帳A・精神1級		
	フリガナ	クジ タロウ	交付年月日	令和〇年〇月〇日
	氏名	久慈 太郎	生年月日	大昭平令 〇年〇月〇日
	住所	久慈市 川崎町1-1	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
保護者	フリガナ	クジ ハナコ	生年月日	大昭平令 〇年〇月〇日
	氏名	久慈 花子	個人番号	5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6
	住所	久慈市川崎町1-1	続柄	妻
	続柄	妻	居住区分	同居・別居
家族の状況	氏名	久慈 次郎	続柄	子
	フリガナ	クジ ジロウ	居住区分	同居・別居
	フリガナ	クジ ジロウ	生年月日	大昭平令 〇年〇月〇日
	フリガナ	クジ ジロウ	承諾印	久慈
医療保険等	被保険者又は組合員氏名	久慈 次郎	続柄	子
	医療保険の種類	協会けんぽ	資格取得年月日	〇年〇月〇日
	記号番号	11223344-567	本人・被扶養者の別	本人・被扶養者
	保険者名	全国健康保険協会 〇〇支部	保険者番号	0 1 0 3 0 0 0 0
振込先	金融機関名	岩手 久慈	支店	クジ タロウ
	金融機関コード	1234 - 567	口座名義人	久慈 太郎

①「申請者」

重度心身障害者本人を記載してください。
電話は、日中に連絡がつく連絡先を記載してください。

②「個人番号」

マイナンバーカード等に記載されている12桁の個人番号を記載してください。

③「保護者」

世帯の生計の中心者の方を記載してください。

④「家族の状況」

同一の生計を営む世帯全員について記載し、必ず押印をしてください。
続柄は、受給者（重度心身障害者）からみた続柄を記載してください。
表面に書ききれない場合は、続きを裏面に記載してください。

- ※ 世帯分離している場合であっても、同居者全員を記載してください。
(祖父母世帯と同居して世帯を分けている場合などは、祖父母の記載も必要です。)
- ※ 別居している場合であっても、受給者（重度心身障害者）が税または保険証等の扶養になっている場合は、その扶養者について記載してください。
- ※ 所得等の確認（同意）のため、18歳以上の世帯員全員の記入・承諾印が必要です。

⑤「医療保険等」

重度心身障害者本人が現在加入している医療保険を記載してください。
(資格確認書または資格情報のお知らせに記載されている内容を転記します。)

⑥「振込先」

重度心身障害者本人の口座を記載してください。

署名又は記名押印をお願いいたします。

こちらの欄には押印が必要です。

《申請手続きに必要なもの》

- 身体障害者手帳・障害基礎年金証書・特別児童扶養手当認定通知書・療育手帳のいずれか
- 資格確認書または資格情報のお知らせ（本人） ■預金通帳（本人名義のもの） (■印鑑（認印可）※一部の欄で押印をお願いしています。)
- 申請者・配偶者・同居の家族等の個人番号(マイナンバー)の確認書類
⇒マイナンバーカード、個人番号が記載された住民票の写しのいずれか
- 申請者の身元確認書類
⇒運転免許証、旅券（パスポート）、マイナンバーカード、身体障害者手帳などの官公署発行の写真付きの身分証明書のうち、いずれか1点
⇒上記のものがない場合は、資格確認書、年金手帳、住民票の写し、所得課税証明書のいずれか2点以上をお持ちください。