別記第１号様式（第３条関係）

福祉医療費受給者証交付申請書（重度心身障害者）

年　月　日

砂川市長　様

住　所　砂川市
申請者　氏　名
電　話
対象者との続柄　本人　・　（　　　　）

下記のとおり、重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。
なお、受給資格審査に係る市町村民税情報（同一世帯員及び生計維持者を含む。）の公簿等（個人番号を利用した地方税関係情報の取得を含む。）による確認について、同意します。

記

※受給者番号			
対象者 ふりがな / 氏名		住所	砂川市 □ 申請者と同じ
対象者 生年月日	年　月　日（　歳）	個人番号	
世帯主 氏名		住所	
世帯主 対象者との続柄		個人番号	
身体障害者手帳	交付年月日　年　月　日 番号　第　号	等級	級
知的障害 療育手帳	交付年月日　年　月　日 番号　第　号	判定	Ａ　・　Ｂ
知的障害 判定（診断）	判定年月日　年　月　日 判定機関名	総合判定	重度　・　中度　・　軽度
精神障害者保健福祉手帳	交付年月日　年　月　日 手帳番号　第　号	等級	級
医療保険 被保険者	□ 本人　□ 本人以外 本人の場合、氏名等は記入不要	氏名：　対象者との続柄： 個人番号：	
医療保険 記号番号		保険者名称	所在地
後期高齢者医療制度	番号	資格取得日	年　月　日
※確認書類	□ 所得課税情報（　年度）　□ 医療保険情報　□ 個人番号カード □ 対象者の住民票（市外居住者のみ）　□ その他（　）		

※決定欄	1　上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。（　月　日／□ 交付なし） 2　次の理由により上記申請を却下する。 却下理由：　所得超過　・　その他（　）					
	資格認定日	年　月　日	資格取得日	年　月　日	有効期限	年　月　日
	資格取得理由	転入・手帳取得・後期加入（継続／新規）・生保廃止・その他（　）				
	区分	障初・障課（未就学・小学生・中学生・高校生等・その他）・老初・老課（　割）				受付印
	所得確認 （　月　日）	係	係長	課長補佐	課長	

（注）※欄は記入しないでください。