

認定  
**重度心身障がい者医療費受給資格** 申請書  
 更新

支 給 対 象 者		受 給 者	
氏 名 (ふりがな) <span style="float: right;">男 女</span>		氏 名 (ふりがな) <span style="float: right;">男 女</span>	
個人番号 ( )			
年 月 日生		年 月 日生	
住 所		住 所	続 柄
障 がい 程 度 等	<input type="radio"/> 身体障害者手帳 ( 県 ) 年 月 日 交付 <input type="radio"/> 療 育 手 帳 ( 県 ) <input type="radio"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 県 ) 第 号		
	障 がい 区 分	視 覚 ・ 聴 覚 ・ 言 語 ・ 肢 体 ・ 内 部 ・ 精 神	
	障 がい 程 度	種 級 A 1 A 2 I Q	
健 康 保 険	加 入 保 険 の 名 称		被 保 険 者 証 記 号 番 号
	被 保 険 者 氏 名	続 柄	資 格 取 得 年 月 日 年 月 日
	附 加 給 付	有 ・ 無	内 容
保 険	被 保 険 者 証 発 行 機 関		( 振 込 口 座 )
	名 称		金 融 機 関 名
	所 在 地		支 店 名
他制度 (自立支援医療等) による給付状況		名 称 開始年月日	普 ・ 当 ( ) 口 座 名 義 ( )
有 無			
扶 養 義 務 者 上 の 氏 名	住 所	( 電 話 番 号 )	続 柄
障がい者本人を税法上扶養している方が いる・いない (どちらかにマルをしてください) いる にマルをつけた場合は、扶養義務者の氏名、住所、障がい者本人との続柄を記入してください。			
上記により認定 (更新) されるよう申請します。 また資格決定のため、担当職員が世帯の住民登録資料、税務資料等について、各関係機関に調査、照会、及び閲覧することを承諾します。			
由布市長 様		年 月 日	
申請者氏名		印	
( T E L )			
受給者証記号番号		認 定	更 新
		交 付	交 付
記 整 理 録 欄	被 扶 養 者	平 成 年 度 所 得	
	続 柄	扶 養 人 員	