

重度障害者医療費受給資格（認定・更新）申請書兼（変更・喪失）届兼台帳

医療証番号	認定取得 年月日	資格喪失 年月日	次期更新 年月日	
受給者	フリガナ 氏名	住所	生 住所	
医療保険	被保険者名 保険種別	受給者との続柄 被保険者証番号	住所	
障害の状況	保険者名 (保険者番号)	所在地	知的障害 状況	程度 判定 年月日
	身体障害 状況	程度(級別)	重度・中度	判定機関
	精神障害 状況	程度(等級別)	年月日	摘要
扶養義務者	国民年金(障害年金) 受給者	証書記号 番号	第 号	疾病名
個人番号本人	特別児童扶養 手当受給者	第 号	有効 認定	年月日 まで
	他の公費負担	施設 入所	有 無	
	所得制限 限度額	本人	円	限度額証
	配偶者	円	済・無 ・案内	入力
	扶養	円		
	本人	円	チェック	
	配偶者	円	医療証	
	保護者	円	交・郵 修・回・案	
	判定	県・市	桃 青(身・精)	

3歳から 12歳から 65歳以上
12歳 65歳未満 65歳以上

事由

1. 取得
 - 転入
 - 障害認定
 - 生保廃止
 - 所得超過
2. 変更
 - 保険(主変含む)
 - 転居
 - 住所表記
 - その他
3. 更新
 - 精神手帳
4. 喪失
 - 転出
 - 生保開始
 - その他
 - 所得超過

審査欄
所得額

受付

本人
円
限度額証

配偶者
円
済・無
・案内

扶養
円
入力

本人
円
チェック

配偶者
円
医療証

保護者
円
交・郵
修・回・案

判定
県・市
桃
青(身・精)

上記のとおり申請します。
なお、宗像市重度障害者医療費受給資格の認定・更新に当たっては、必要な公簿確認及び所得審査をすることに同意します。
非該当の場合は、子ども医療として申請します。
高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を宗像市に委任します。

年 月 日
宗像市長 申請者(本人または保護者)

住所 宗像市

氏名

TBL () 印

※太枠内のみ記入してください。