

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 **記入例**
 太枠内のみ記入してください。

3歳から 15歳	15歳から 65歳未満	65歳以上
事由		
1. 取得 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 精神手帳 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 後期取得 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 限度額内		
2. 変更 <input type="checkbox"/> 保変(主変含む) <input type="checkbox"/> 資格日変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所表記 <input type="checkbox"/> 等級変更 <input type="checkbox"/> その他		
3. 更新 <input type="checkbox"/> 精神手帳 <input type="checkbox"/> その他		
4. 喪失 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 後期喪失 <input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 限度額内		
審査欄		受付
所得額		
本人	円	限度額証
配偶者	円	済・無 ・案内
扶養	円	入力
所得制限限度額		
本人	円	
配偶者	円	チェック
扶養	円	医療証
判定		交・郵 修・回・案
県・市		桃 青(身・精) 白(身・精)

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	事由	
フリガナ ムナカタ タロウ	性別 男	生年月日 S・H・R 33.5.5	生	住所 宗像市東郷1-1-1	
氏名 宗像 太郎	フリガナ	住所			
保護者					
被保険者氏名	受給者との続柄	住所			
精神障害の状況	程度(等級別)	年 月 日 発行 第 号	(期限 年 月 日)		
国民年金(障害年金)受給者	証書記号番号	第 号	疾病名	有効認定	年 月 日 まで
特別児童扶養手当受給者	証書記号番号	第 号	疾病名	有効認定	年 月 日 まで
扶養義務者	個人番号本人	個人番号扶養義務者			

! 対象者が18歳以下の場合!
 ・【保護者】の欄に父母のうち所得が高い方の氏名と住所を記入してください。
 ・下記の申請者も同じ保護者を記入してください。

上記のとおり申請します。
 なお、宗像市重度障害者医療費資格の認定・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。
 令和7年3月3日
 宗像市長 あて
 申請者（本人または保護者） 住所 宗像市 **同上**
 氏名 **宗像 太郎**
 TEL (**080 - 1234 - 5678**)

代筆
宗像 花子 (長女) 080-2345-6789