

第2号様式

障害者医療費受給者証 交付  
更新 申請書

令和 年 月 日

尾張旭市長 殿

尾張旭市

住所

申請者

氏名

電話番号 ( ) -

次のとおり申請します。

医療費受給資格の確認をするため公簿の閲覧をすること及び保険者に医療給付内容等の確認をすることに同意します。

受給資格者	受給者番号			
	フリガナ		生年 月日	昭和 平成 年 月 日 令和
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/>		
障 害 区 分	障 害 名	手帳番号	障 害 名	手帳番号
	1 身体障害者1・2・3級		4 知能指数50以下	
	2 腎臓機能障害		5 自閉症状群	診断書
	3 進行性筋委縮症		6 精神障害者保健福祉手帳1・2級	
	備 考			
交 付 申 請 事 由	1 障害認定 2 転入 3 その他 ( ) (交付事由発生年月日 令和 年 月 日) 受給者証有効期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			

※交付（更新）申請の際は、被保険者証（又は組合員証）を必ず添えてください。

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	決裁 区分 丁  保存 期間 5年 か。
		○			
	令和 年 月 日 上記交付申請書のとおり認定してよろしいか。				

処 理 欄			
確 認	入 力	受給者証	受 付