

# 記載例

## 障害者医療費受給者証 (交付更新) 申請書

今日の日付を記入してください。

令和 年 月 日

尾張旭市長 殿

尾張旭市

受給者の氏名で記入してください。  
受給者が未成年の場合は、保護者の氏名で記入してください。

申請者

住所

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			

受給者の内容を記入し、住所は「申請者に同じ」にチェックを入れてください。

該当欄に手帳番号を「〇級 第〇〇〇〇号」と記入してください。療育手帳のかたは4番に記入してください。