

第 2 号様式

障害者医療費受給者証 交付更新 申請書				
尾張旭市長 殿		令和 年 月 日		
住所				
申請者 (受給者) 氏名				
電話				
記入者 氏名		続柄 ()		
(※申請者と同じ場合は不要)				
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			
	個人番号			
	住所	☐ 申請者に同じ ☐		
加入医療保険	被保険者氏名			
	保険者番号			
	保険者名			
	被保険者 記号・番号		取得日	平成・令和 年 月 日
障害区分	障害名	手帳番号	障害名	手帳番号
	1 身体障害者手帳 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			

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	決裁 区分 丁 保存 期間 5年
		○			
	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