

第1号様式(第4条関係)

重度心身障害者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請書

本人氏名		性別	男女	生年月日	年 月 日
世帯主氏名		本人との続柄		電話	
住所	上越市				
個人番号					
障害内容	身体障害者手帳	交付年月日	交付番号	等級	障害名
		年 月 日		級	
	療育手帳	交付年月日	交付番号	障害の程度	有期判定 (有期期限)
		年 月 日		A	有・無 ( )
	精神障害者保健福祉手帳	交付年月日	交付番号	障害の程度	有効期限
		年 月 日		1級	年 月 日
その他					
加入医療保険証等	保険種別	国保・社保・後期高齢・その他 ( )			本人・家族
	被保険者氏名		記号番号		
	保険者名				
	食事療養標準負担額減額認定証等の有無	有・無			

上記のとおり 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 の写しと加入医療保険証の写しを添えて申請します。

また、交付申請及び受給者証更新に伴う所得基準判断のため、私の世帯全員の課税台帳を閲覧(確認)することを承諾し、また、世帯全員の個人番号を告知します。

令和 年 月 日

住所 上越市 \_\_\_\_\_

手帳所持者氏名 \_\_\_\_\_

(宛先) 上越市長

裏面あり

## 所得額等調査承諾書及び個人番号告知

重度心身障害者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請及び受給者証更新に伴う所得基準判断のため、私の世帯全員の課税台帳を閲覧（確認）することを承諾し、また、世帯全員の個人番号を告知します。

※受給者以外の世帯全員の氏名、個人番号をご記入ください。

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

(宛先) 上 越 市 長

受給者本人以外へ送付を希望される場合はご記入ください。

送付先 住所	〒	
宛名		電話