

(注意) 郵送による申請は受付できません。受付窓口にて申請をお願いします。

重度障害者医療費受給資格認定申請書

部分を記入してください。

受給者番号												資格認定年月日			年	月	日	
申請事由		新規・転入・その他( )										年齢区分		3歳から15歳 ・ 65歳未満 ・ 65歳以上				
① 受給者	フリガナ	クルメ タロウ										住所 久留米市城南町15番地3  氏名、フリガナ、生年月日、住所、個人番号を記入してください。						
	氏名	久留米 太郎																
	生年月日	平成10年 10月 10日																
	個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9							9
給者	フリガナ											住所  受給者が未成年者の場合のみ 保護者氏名、フリガナ、生年月日、住所、個人番号(マイナンバー)を記入してください。						
	保護者																	
	生年月日																	
② 障害の状況	身体障害者の状況	程度(等級別)	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級+B1										障害の状況について、該当する箇所をチェックを入れてください。					
		身体障害者の番号	年 月 日発行第 ( )															
	知的障害者の状況	程度	<input type="checkbox"/> A1~A3 <input type="checkbox"/> B1+3級															
		判定日	年 月 日発行(再判定)															
	精神障害者の状況	程度(等級別)	<input type="checkbox"/> 1級															
		精神手帳の番号	年 月 日 発行第 ( ) 号 (期限 年 月 日)															
国民年金受給者証書番号	第 ( ) 号	傷病名		有期認定		年 月 日 まで												
	特別児童扶養手当受給者証書番号	第 ( ) 号			年 月 日 まで													
③ 医療保険	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 裏面のおとり										受給者の続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子						
	保険種別	健康保険証のコピーを添付してください。記入不要です。																
	保険者名																	
	所在地																	
高額療養費代理受給委任状の有無																		
④ その他	同居人氏名	(続柄 )					(続柄 )					(続柄 )						
		(続柄 )					(続柄 )					(続柄 )						
施設入居の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		他に受けることができる公費負担															
上記のとおり申請します。																		
<input type="checkbox"/> また、当該申請に関して市が必要な公簿等を確認することを承諾します。 なお、久留米市国民健康保険に加入の場合、高額療養費に該当する際は、その請求、受領及び振替を久留米市長に委任します。また、受給者の世帯の課税状況について公簿等により確認されることを承諾します。 チェックしてください。																		
(□住所は受給者と同じ場合は省略できます。) 申請者 住所 氏名 <b>久留米 太郎</b>																		
申請者名・連絡先を記入してください。 連絡先は日中のご連絡が可能な番号を記入ください。 <b>TEL (090-1234-5678)</b>																		
所得状況	本人					配偶者					扶養義務者							
控除後の所得額	円					円					円							
控除対象親族数	人					人					人							
限度額	円					円					円							
審査欄	資格審査	<input type="checkbox"/> ① 可 <input type="checkbox"/> ② 否		所得審査	<input type="checkbox"/> ① 可 <input type="checkbox"/> ② 否		判定	<input type="checkbox"/> ① 認定 <input type="checkbox"/> ② 却下		公簿確認	戸籍・住民票 生活保護・他制度医療( )・所得							