

新規

重度心身障害者医療費受給者証交付（更新）申請書

年 月 日

盛岡市長 様

重度心身障害者医療費受給者証の交付（更新）を次のとおり申請します。申請に当たり、盛岡市個人番号の利用等に関する条例第3条に基づき、医療費の給付に係る受給者証の交付及び更新の申請に係る審査において、市長が受給資格に係る申請者、配偶者および扶養義務者等の情報を取得することに同意します。

給付を受けようとする人 (申請者)	フリガナ		性別	生年月日			連絡先					
	氏名		男女	年 月 日			- -					
	該当要件	身障手帳1級・2級		特別児童扶養手当1級			障害基礎年金1級			療育手帳A		
	住所											
	転入の場合	本年1月1日 時点の住所地	都道府県		市区町村	昨年1月1日 時点の住所地	都道府県		市区町村			
配偶者	☐ 給付を受けようとする人と同居（同居の場合は、氏名だけ記入願います） ☐ 配偶者なし											
	フリガナ				性別	生年月日						
	氏名				男女	年 月 日						
	住所											
	転入又は市外居住	本年1月1日 時点の住所地	都道府県		市区町村	昨年1月1日 時点の住所地	都道府県		市区町村			
	市外に居住している場合は、マイナンバーを記入→											
扶養義務者	扶養義務者とは、給付を受けようとする人の生計を維持している人 ☐ 扶養義務者なし											
	フリガナ				性別	続柄	生年月日					
	氏名				男女		年 月 日					
	住所											
	転入又は市外居住	本年1月1日 時点の住所地	都道府県		市区町村	昨年1月1日 時点の住所地	都道府県		市区町村			
	市外に居住している場合は、マイナンバーを記入→											
保護者	保護者とは、給付を受けようとする人を監護している人 ☐ 保護者なし ☐ 配偶者と同じ ☐ 扶養義務者と同じ											
	フリガナ		性別	生年月日			続柄	連絡先				
	氏名		男女	年 月 日				- -				
	住所											
医療保険	☐ 別紙写しのとおり（保険情報が確認できる書類の写しを添付の場合、この項目の記入は不要です）						被保険者氏名					
	記号-番号-枝番					資格取得年月日		年 月 日				
	保険者番号					保険者名						
振込口座	金融機関名	銀行コード()			銀行・信金協 信組・農協 その他()		本店・支店名	支店コード()			支店支所出張所	預金種別 普通・当座・貯蓄
	口座番号						口座名義(カナ)					
送書類先の	※ 給付を受けようとする人の住所とは別の住所を指定する場合にご記入ください											
	住所	〒						あて名				