

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<br>(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・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 精神手帳1級 |          |       |  |                          |                  |          |          |  |          |  |         |          |
|                      | 住 所                                                                                                                        |                                           |          |       |  |                          |                  |          |          |  |          |  |         |          |
|                      | 転入の場合                                                                                                                      | 本年1月1日<br>時点の住所地                          | 都道<br>府県 |       |  | 市区<br>町村                 | 昨年1月1日<br>時点の住所地 | 都道<br>府県 |          |  | 市区<br>町村 |  |         |          |
| 配偶者                  | <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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<br>市外居住                                                                                                               | 本年1月1日<br>時点の住所地                          | 都道<br>府県 |       |  | 市区<br>町村                 | 昨年1月1日<br>時点の住所地 | 都道<br>府県 |          |  | 市区<br>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 <input type="checkbox"/> 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<br>市外居住                                                                                                               | 本年1月1日<br>時点の住所地                          | 都道<br>府県 |       |  | 市区<br>町村                 | 昨年1月1日<br>時点の住所地 | 都道<br>府県 |          |  | 市区<br>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 <input type="checkbox"/> 保護者なし <input type="checkbox"/> 配偶者と同じ <input type="checkbox"/> 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                 | <input type="checkbox"/> 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<br>信組・農協<br>その他( ) |                  | 本店・支店名   | 支店コード( ) |  |          |  | 支店支所出張所 | 預金種別     |
|                      | 口座番号                                                                                                                       |                                           |          |       |  |                          |                  | 口座名義（カナ） |          |  |          |  |         | 普通・当座・貯蓄 |
| 送書付類先の               | ※ 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      |          |  |          |  |         |          |