

新規

中度身体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

中度身体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および世帯員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                                  |          | 該当要件             |
|                      | 氏 名                                                                                         |                          | 男<br>女   | 年 月 日    |                  | - -                                  |          | 身障手帳3級<br>身障手帳4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 |                  |
| 世帯員（同じ世帯の方）          | フリガナ                                                                                        |                          | 性別       | 生年月日     | 続柄               | 住所地（転入の場合は記入）                        |          |                  |
|                      | 氏名                                                                                          |                          |          |          |                  | 上段（本年1月1日時点の住所地）<br>下段（昨年1月1日時点の住所地） |          |                  |
|                      | ①                                                                                           |                          | 男<br>女   | 年 月 日    |                  | 都道<br>府県                             | 市区<br>町村 |                  |
|                      |                                                                                             |                          |          |          |                  | 都道<br>府県                             | 市区<br>町村 |                  |
|                      | ②                                                                                           |                          | 男<br>女   | 年 月 日    |                  | 都道<br>府県                             | 市区<br>町村 |                  |
|                      |                                                                                             |                          |          |          |                  | 都道<br>府県                             | 市区<br>町村 |                  |
|                      | ③                                                                                           |                          | 男<br>女   | 年 月 日    |                  | 都道<br>府県                             | 市区<br>町村 |                  |
|                      |                                                                                             |                          |          |          |                  | 都道<br>府県                             | 市区<br>町村 |                  |
|                      | ④                                                                                           |                          | 男<br>女   | 年 月 日    |                  | 都道<br>府県                             | 市区<br>町村 |                  |
|                      |                                                                                             |                          |          |          |                  | 都道<br>府県                             | 市区<br>町村 |                  |
|                      | ⑤                                                                                           |                          | 男<br>女   | 年 月 日    |                  | 都道<br>府県                             | 市区<br>町村 |                  |
|                      |                                                                                             |                          |          |          |                  | 都道<br>府県                             | 市区<br>町村 |                  |
| 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"/> 世帯員（ ）と同じ |                          |          |          |                  |                                      |          |                  |
|                      | フリガナ                                                                                        |                          | 性別       | 生年月日     |                  | 続柄                                   | 連絡先      |                  |
|                      | 氏 名                                                                                         |                          | 男<br>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・信金<br>信組・農協<br>その他（ ） |          |          | 本店・支店名           | 支店・支所出張所                             |          | 預金種別             |
|                      |                                                                                             | 銀行コード（ ）                 |          |          |                  | 支店コード（ ）                             |          | 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                                  |          |                  |