

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、市長が地方税関係情報等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 | | 該当要件 |
| | 氏名 | | 男 女 | 年 月 日 | - - | | 身障手帳3級 身障手帳4級 |
| | 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 |
| 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） | 市区 町村 |
| | ① | | 男 女 | 年 月 日 | | 都道府県 | 市区 町村 |
| | | | | | | 都道府県 | 市区 町村 |
| | ② | | 男 女 | 年 月 日 | | 都道府県 | 市区 町村 |
| | | | | | | 都道府県 | 市区 町村 |
| | ③ | | 男 女 | 年 月 日 | | 都道府県 | 市区 町村 |
| | | | | | | 都道府県 | 市区 町村 |
| | ④ | | 男 女 | 年 月 日 | | 都道府県 | 市区 町村 |
| | | | | | | 都道府県 | 市区 町村 |
| ⑤ | | 男 女 | 年 月 日 | | 都道府県 | 市区 町村 | |
| | | | | | 都道府県 | 市区 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 女 | 年 月 日 | | - - | |
| 加入保険証 | <input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり（保険証のおもて面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 信組・農協 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 |
| | 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 | |