

第 2 号様式(第 4 条、第 5 条関係)

個人番号					受給者番号						
心身障害者医療費受給者証(交付・更新)申請書 年 月 日 蒲 郡 市 長 様 住所 申請者 氏名 電話 () 次のとおり心身障害者医療費受給者証の(交付・更新)を申請します。 なお、心身障害者医療費受給者証の交付又は更新に必要な関係公簿を調査すること及び医療費が高額療養費又は附加給付に該当する場合、保険者に対して保険給付の支給状況を確認すること、並びに保険者から直接高額療養費が支払われた場合、蒲郡市に当該金額を返還することに同意します。											
受給(資格)者	住 所	□申請者に同じ									
	ふりがな 氏 名					年 月 日生					
保 険 の 加 入 状 況	被 保 険 者	住 所	□受給(資格)者に同じ								
		氏 名	受給(資格)者との続柄()				年 月 日生				
	記号・番号	記号		番号				枝番			
	保険者の 名 称	保険者番号								附 加 給 付	有・無
	保険者の 住 所										
障 害 区 分	1 身 障 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6) 級 〔手帳番号 第 号 交付年月日 ・ 〕 種 類()										
	2 知 的 (A ・ B) 〔手帳番号 第 号 判定年月日 ・ 次期判定年月 ・ 〕										
	3 自閉症										
備 考	取得年月日				資 格 取 得 転 入 生保等廃止						