

第1号様式（第5条、第8条関係）

	個人番号		受給者番号
後期高齢者福祉医療費受給者証（ 交付 ・ 更新 ）申請書 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 蒲 郡 市 長 殿 年 月 日 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 住 所 申請者 氏 名 受給(資格)者との続柄() 電 話 () </div> <p style="margin-top: 20px;">次のとおり後期高齢者福祉医療費受給者証の(交付・更新)をしてください。 なお、受給資格決定のために必要があるときは、受給(資格)者及び世帯員の所得状況その他必要な関係公簿について、確認事務を行うことに同意します。 また、医療機関等の窓口を受給者証を提出して受けた医療に対して、後期高齢者医療広域連合から高額療養費又は高額介護合算療養費が支給される場合は、その受領の権限を蒲郡市長に委任します。</p>			
受給(資格)者	住 所	□申請者に同じ	
	ふりがな 氏 名	生年月日	年 月 日
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)者に同じ
	被保険者番号		
	保険者の名称		
	保険者の住所		
認定区分	1 結核勧告入院 2 精神措置入院 3 戦傷病者 4 母子家庭等 5 心身障害者 6 精神障害者 7 精神通院 8 寝たきり ・認知症 9 独り暮らし	手帳番号等	1 戦傷病者手帳〔手帳番号第 号 交付年月日 . . . 〕 障害の程度() 2 身体障害者手帳(1・2・3・4・5・6)級 〔手帳番号第 号 交付年月日 . . . 〕種類() 3 療育手帳 (A・B) 〔手帳番号第 号 判定年月日 . . . 次期判定年月 . . . 〕 4 精神障害者保健福祉手帳(1・2)級 〔手帳番号第 号〕 〔交付年月日 . . . 有効期間 . . . ~ . . . 〕 5 自立支援医療受給者証 受給者証番号 [] 〔有効期間 . . . ~ . . . 〕 6 介護保険被保険者証 要介護状態区分等() 〔認定の有効期間 . . . ~ . . . 〕 7 その他()
備考	取得年月日	資格取得 転 入 生保廃止	

保険証及び身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等を提示してください。