様式第1号

福祉医療費受給者証 交付/更新 申請書

（重度心身障害者用）

N		有効期間	～	交付年月日	

受給者	住所	山口市
	ふりがな 氏名	
	生年月日	年　月　日
加入医療保険	記号番号	
	被保険者氏名	続柄
	被保険者住所	
	保険者番号	
	保険者名称	

＊該当箇所に記入、または○をつけてください。

1	療育手帳A判定	障害年金1級	特別児童扶養手当1級	
	身体障害者手帳	肢体不自由・心臓・じん臓・呼吸器・直腸・ぼうこう 視覚障害・聴覚平衡障害・肝臓・その他（　　） 1級　・　2級　・　3級		
	精神障害者保健福祉手帳1級		その他	
2	原爆手帳をもっている。　はい　・　いいえ			
3	生活保護を受けている。　はい　・　いいえ			
4	現在、一人暮らしである。　はい　・　いいえ（はいの場合は下欄に記入）			
	生活場所　1．自宅　2．病院　・　施設（名称　　） （期間　　年　　月　　日から）			
	連絡先（本人以外） 氏名　　（続柄　　）TEL 住所			

左記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。

年　月　日

山口市長　様

申請者　住所　山口市

氏名

※申請者本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。

個人番号

TEL

同意書

次のことについて同意します。

1 福祉医療費受給者証交付及び更新要件確認のため、受給者の所得及び19歳未満の扶養親族の扶養状況、山口市重度心身障害者医療費助成要綱別表第1の障がいの程度等を調査すること。

2 医療に関する給付が行われた場合、高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。

3 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。

4 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金を受けた場合、市の過払い相当額を市へ返還すること。

5 保険者に対して医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市が確認すること。

6 山口市重度心身障害者医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証を交付せず,又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部または一部を支給しない場合があること。

年　月　日

山口市長　様

申請者氏名

被保険者氏名

※申請者及び被保険者本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。

（変更・訂正のある場合）

加入医療保険	記号番号	
	被保険者氏名	続柄
	被保険者住所	
	保険者番号	
	保険者名称	

＊　太枠内を記入してください。また、左の欄に記載された事項に変更や訂正のある場合は、右の欄にご記入ください。

＊　この申請書には、健康保険証（組合員証）を添付してください。