

記入例

福祉医療費受給者証 交付更新 申請書

(重度心身障害者用)

有効期間	～	交付年月日
------	---	-------

受給者	住所	山口市 亀山町2-1		申請者 山口市長 様 住所 山口市 氏名 山口 太郎 個人番号 123456789012 TEL 083-934-2803
	ふりがな氏名	やまぐち たろう 山口 太郎		
	生年月日	昭和25年 10月 1日		
加入医療保険	記号番号	山3 0123456789		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 扶養状況、山口市重度心身障害者医療 2 医療に関する給付が行われた場合、高 額状況を調査する 費及び高額介護 費に市長に委任する 費及び高額介護 費 3 保険者に対して医療に関する給付及び 4 山口市重度心身障害者医療費助成要綱 の要綱に基づき、相対に違反したときは、支給者証を交付 せず、又は既に交付して 5 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。 山口市長 様 申請者氏名 山口 太郎
	被保険者氏名	山口 太郎	続柄 本人	
	被保険者住所	同上		
	保険者番号	350033		
*該当箇所記入、または○をつけてください。				<p>申請者氏名は・・・</p> <p>○受給者本人の氏名</p> <p>○未成年の場合は、保護者氏名</p> <p>○申請者本人が手書きしない場合押印が必要です</p>
1	療育手帳A判定	障害年金1級	特	
○	身体障害者手帳	肢体不自由・心臓・じん臓・呼吸器・聴覚・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)		
生活場所 ○ . 自宅 2. 病院・施設 (名称)				<p>被保険者本人が手書きしない場合は押印が必要です</p> <p>提出日を記入</p> <p>令和3年 2月 1日</p> <p>被保険者氏名 山口 太郎</p> <p>※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。</p> <p>(変更・訂正のある場合)</p>
連絡先 (本人以外) ※「一人暮らしである」場合は必ず記入してください。				
氏名 山口 ちよるる (続柄) TEL 090-0000-0000				
住所 〇〇県〇〇市△丁目△番地				
* 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。				

日中連絡がつく番号が望ましい(携帯でも可)

被保険者氏名は同一 ※山口市国保の場合は世帯主

被保険者本人が手書きしない場合は押印が必要です

提出日を記入

(変更・訂正のある場合)

申請書左側部分に記載の加入医療保険に変更や訂正がある場合に記入してください。

提出日を記入

山口

山口

山口