

※この処理欄には記入しないでください。

処理欄	受付日	受給資格	※受給者証(受給資格決定通知書)										
	年 月 日	有・無	公費負担番号	8	0	0	2	0	0	1	9	認定日	年 月 日
			受給者番号	/									

青森市重度心身障害者医療費受給資格認定(更新)申請書

申請者	住所	(TEL)										
	氏名											年 月 日生
	職業											障害者との続柄
障害者	住所	(TEL)										
	氏名											年 月 日生
加入医療保険	被保険者証		被保険者または組合員の氏名								附加給付	
	記号										有・無	
	番号											
	保険者	所在地										
名称												
医療費振込金融機関名	銀行										本店 口座番号 普通	
<p>上記のとおり、重度心身障害者医療費受給者証等の交付(更新)を申請します。 なお、当該申請及び毎年度の資格更新に当たり、養育者及びその家族の所得及び課税状況を確認することについて (同意します。 同意しません。) また、当該受給資格を取得した場合であって、毎年10月1日の資格更新に当たり、本人及びその家族の所得及び課税状況を確認することにより、翌年度以降も受給資格があると認定したときは、当該受給者証等の交付について (希望します。 希望しません。)</p>												
青森市長様											年 月 日	
											申請者氏名	

(注) この申請書には次のものを添付してください。

- ①健康保険証 ②身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・愛護手帳のいずれか ③本人及び同一世帯の家族の前年(1月～9月に申請する場合は前々年)の所得及び課税状況がわかる書類

なお、③については、転入した場合を除き、市が確認することに同意する場合は添付する必要はありません。

受付	確認	備考