

障害者医療費受給資格認定申請書

年 月 日

敦賀市長 殿

申請者 住 所
氏 名
T E L

障害者医療費の助成を受けるため、その資格の認定について関係書類を添え、申請いたします。また、認定及び更新のための市税並びに住所に関する調査を承諾します。

受給資格者	対象者	住 所			
		フリガナ			生年月日
		氏 名			年 月 日
		個人番号			
	手帳種類	身障手帳	療育手帳	精神障害者手帳及び自立支援医療(精神通院)受給者証	
	障害の程度	種 級		級	
	交付・判定手帳番号	交付年月日号 福井県第 号	交付年月日号 福井県第 号	受給者番号 福井県第 号	号
保護者	住 所	福井県			
	フリガナ			生年月日	
	氏 名			年 月 日	
	個人番号				
住民票上世帯員	世帯員氏名	続柄	生年月日	個人番号	
	1		年 月 日		
	2		年 月 日		
	3		年 月 日		
	4		年 月 日		
加入医療保険	保険の種類				
	保険者の名称				
	保険者番号		付加給付	有・無	
	被保険者記号		被保険者番号		
	被保険者又は組合員氏名		被保区分	被保険者・被扶養者	
振込口座	金融機関・支店名	.	口座科目	普通・当座	
	口座番号	フリガナ			
		口座名義人			

- 提示又は添付書類 1 本人及び扶養義務者の前年所得を証明する書類
 2 国民健康保険又は社会保険の被保険者証(組合員証)
 3 身体障害者手帳、療育手帳又は障害証明書、精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療費(精神通院)受給者証認定欄

受付年月日	年 月 日	認定年月日	年 月 日
受給資格者番号			
助成開始月	年 月 診療分より	所得審査	支給・停止(所得限度額を超えるため)