様式第1号（第5条関係）

交付

更新

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 町長 | 助役 | 課長 | 合議 | 主査 | 決裁の上は、申請者に受給資格証を交付してよいか伺う |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 特別医療費受給資格証　　　　申請書様本書のとおり申請します | 電話番号 |  |
| 年　　　月　　　日　申請 |
| 年　　　月　　　日申請受理 | 申請者 | 住所 |  | (印) |
| 受給資格証番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 |  |
| 受給者氏名 | 申請者との続柄 | 受給者の住所 | 種別 | 受給資格証 |
| 申請年月日 | 交付年月日 | 有効期間 | 備考 |
|  |  |  | 1　身障1・2級所持者2　重度知的障害者3　ひとり親家庭4　4歳未満の者(入院・通院)5　特定疾病6　4歳～就学前の者(入院)7　精神 | ・　・（新規） | ・　・ | ・　・ |  |
| ・　・（更新） | ・　・ | ・　・ |  |
|  |
| 明治大正昭和平成 | 年　月　日生 | ・　・（更新） | ・　・ | ・　・ |  |
|  |
| ・　・（更新） | ・　・ | ・　・ |  |
|  |
| 保険の種類 | 保険証記号番号 | 被保険者名 | 受給者との続柄 | 保険者名及び所在地 | 被保険者の勤務先及び所在地 | 変更年月日 |
| 政(日)　組　船　共　国(退)　(組) |  | 第号 |  |  |  |  | ・　・ |
| 政(日)　組　船　共　国(退)　(組) |  | 第号 |  |  |  |  | ・　・ |
| 身障手帳の内容 | 療育手帳の内容 | 健康手帳の内容 | 障害者手帳の内容 | 通院医療費公費負担の内容 | 高齢受給者の内容 |
| 交付番号 |  | 交付番号 |  | 交付番号 |  | 受給者番号 |  | 受給者番号 |  | 受給者番号 |  |
| 交付年月日 | 年　月　日 | 交付年月日 | 年　月　日 | 交付年月日 | 年　月　日 | 交付年月日 | 年　月　日 | 交付年月日 | 年　月　日 | 交付年月日 | 年　月　日 |
| 等級別 | 第級 | 障害の程度 |  | 一部負担割合 |  | 有効期限 | 年　月　日 | 有効期限 | 年　月　日 | 有効期限 | 年　月　日 |
| 特定疾病療養受療証 | 有無 | 障害等級 |  | 通院医療機関 |  | 一部負担割合 |  |
| 確認者 |  | 確認者 |  | 確認者 |  | 確認者 |  | 確認者 |  | 確認者 |  |
| 特定疾病の認定 | ひとり親家庭 | 年金証書の内容 | 高額医療費の状況 | 資格証再交付年月日 | 資格の取得・喪失 | 標準負担額減額認定証の交付状況 |
| 親 | 子 |
| 開始年月日 |  | 1　配偶者の状況①死亡　②離婚　③生死不明④遺棄　⑤海外　⑥労働不能⑦拘禁　⑧その他2　所得税額①前年の額　　　　　円②前前年の額　　　　　円 | 1　左の親との続柄　　　　2　在学・就学・未就の別等在学・就学・未就3　所得税額①前年の額　　　　　円②前前年の額　　　　　円 | 記号 |  | 誓約書　有委任状　有委任状送付年月日 | ・　・ | 取得年月日　　・　・ | 認定証　　有 |
| 廃止年月日 |  | 番号 |  | ・　・ | 喪失年月日　　・　・ | 減額対象者 |
| 医療機関名 |  | 支給開始年月日 |  | ・　・ | 喪失理由1　保険喪失　2　転出3　年齢到達　4　死亡5　その他 | 発行期日　・　・ |
| 病名 |  | 確認者 |  | ・　・ | 有効期限　・　・ |

（注）　氏名については、記名押印又は署名のいずれかとしてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格証№ | 第号 | 氏名 |  | 特別医療費支給記録 |
| 診療月 | 医療機関名又は医療機関番号 | 医療機関 | 高額医療費附加給付 | 他の公費負担額 | 給付 | 診療月 | 医療機関名又は医療機関番号 | 医療機関 | 高額医療費附加給付 | 他の公費負担額 | 給付 |
| 医療費総額 | 本人支払額 | 受入年月日 | 受入額 | 支払年月日 | 助成額 | 医療費総額 | 本人支払額 | 受入年月日 | 受入額 | 支払年月日 | 助成額 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |