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 |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |