平塚市障医療証申請書兼台帳

（提出先）

平塚市長　　令和　　年　　月　　日

申請者（窓口に来た方）の氏名	申請者の住所・電話番号 電話（　　）　　－	対象者との続柄

申請事由	□新規申請（□手帳取得　□等級変更　□転入　□その他） □変更申請（□保険の種類　□住所　□氏名　□その他） □廃止（□転出　□障がい程度変更　□死亡　□その他）	□医療証再発行 （異動日・喪失日　　年　　月　　日）

同意欄

重度障がい者の医療費の助成に関して必要な所得等の状況について確認することに同意します。

対象者本人又は保護者氏名（記名押印又は自署）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

個人番号	
対象者の氏名 □ 申請者と同じ □ 申請者以外 ＿＿＿＿＿＿＿＿	生年月日 明 大 昭 平 令　　年　月　日
対象者の住所 □ 申請者と同じ □ 申請者以外　平塚市＿＿＿＿＿＿＿＿	
保険証の記号・番号　※左詰で記入してください。 記号 番号 保険者番号 保険者の名称 □ 平塚市国民健康保険　□ 後期高齢者医療保険 □ 全国健康保険協会＿＿＿＿＿支部 □ その他（名称：　　）	対象者 □ 本人　□ 被扶養 被保険者氏名　□ 本人 (国民健康保険の場合は世帯主) 保険証に記載されている加入日又は資格取得日 昭 平 令　　年　月　日

※ここから下の欄は記入しないでください。 職員が記入します。

確認　□ 口座あり　□ 口座なし（口座届出書を添付）

□身体障害者手帳　１・２・３級　（手帳番号　　）（資格決定日　　年　　月　　日）

□知的 判定 A1A2・40 以下→□IQ 確認（手帳番号　　）（資格決定日　　年　　月　　日）

□精神障害者保健福祉手帳１級

（手帳番号　　）（資格決定日　　年　　月　　日）（有効期限　　年　　月　　日）

□身体障害者手帳４級＋知的障がい者判定 IQ50 以下

（身障者手帳番号　　）（資格決定日　　年　　月　　日）

（療育手帳番号　　）（資格決定日　　年　　月　　日）

※転入の場合は転入日から、手帳取得による資格取得はその翌月の１日からが対象です。

※障がいの等級変更による資格取得はその翌月の１日からが対象です。

処理欄　□上記の対象者に医療証を交付します。　発効期日（ 平 令　　年　　月　　日から）

受付	決裁	施行	完結	受給者番号
．　．	．　．	．　．	．　．	