

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

大山町長 様

特別医療費受給資格証

交付
更新 申請書

電 話 番 号			
年 月 日 申 請			
申 請 者	住 所		
	氏 名		

年 月 日 申請受理						
受 給 資 格 証 番 号						
大山						

本書のとおり関係書類を添えて申請します。
なお、今後、この申請に係る決定に必要な範囲で、公簿により私及私の
世帯全員に係る課税状況、生活保護状況、医療保険加入状況、公費負担医
療受給状況等について確認されることを承諾します。

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	摘 要
年 月 日 生			1 身障1・2級所持者	・ ・	・ ・	・ ・	
			2 重度知的障害者	(新 規)	・ ・	・ ・	
			3 ひとり親家庭	(更 新)	・ ・	・ ・	
			4 小児	(更 新)	・ ・	・ ・	
			5 特定疾患	(更 新)	・ ・	・ ・	
			6 精神	(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
協 組 船 共 国(退) (組) 後	第 号					・ ・
協 組 船 共 国(退) (組) 後	第 号					・ ・

身障手帳の内容		療育手帳の内容		障害者手帳の内容		自立支援医療受給者の内容 (育成・更生・精神)		高齢受給者の内容		高 額 医 療 費 の 状 況
交付番号		交付番号		手帳番号		受給者番号		指定医療機関	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
等級別	第 級	障 害 の 程 度	有 効 期 限	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									
確 認 者		確 認 者		確 認 者		確 認 者		確 認 者		年 月 日

特 定 疾 病 の 認 定	ひ と り 親 家 庭		年 金 証 書 の 内 容	資 格 証 再 交 付 年 月 日	資 格 の 取 得 ・ 喪 失	限 度 額 適 用 ・ 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	1 左の親との続柄_____	記 号	・ ・	取得年月日 ・ ・	認定証 有
廃止年月日		2 在学・就職・未就の別等 在 学 ・ 就 職 ・ 未 就	番 号	・ ・	喪失年月日 ・ ・	減額対象者
医療機関名		3 所得税額 ①前年の額 _____ 円 ②前前年の額 _____ 円	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 ・ ・

※審査欄 (市町村記入欄)	1世帯 非課税・課税	2 本人 控除後の所得額(年分) 円	所得制限限度額 円	所得制限 該当・非該当	自立支援医療申請 申請・未申請	月額負担上限 全額助成・一般 ・低所得	備考

(注) 1 公募による課税状況等の確認について承諾しない場合は、確認に必要な書類の提出が別途必要となります。
2 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。