

様式第 1 号（第 5 条関係）

申請日 年 月 日								特別医療費 交付 申請書 受給資格証 更新				連絡先電話番号		-		-	
受給資格証番号												申請者	住所				
①								氏名									
②																	
③																	
受給者氏名				申請者との続柄	生年月日			種別（該当に○）	受給資格証								
(フリガナ)				本人・子	年 月 日生			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 小児 5 特定疾病 6 精神	申請年月日	交付年月日	有効期間	摘要					
①					個人番号				(新 規)	・ ・	・ ・						
(フリガナ)				本人・子	年 月 日生				(新 規)	・ ・	・ ・						
②					個人番号												
(フリガナ)				本人・子	年 月 日生				(新 規)	・ ・	・ ・						
③					個人番号												
保険の種類 (該当に○)		被保険者等の記号番号			被保険者 又は組合員氏名		受給者 との続柄	保険者名称		保険者番号		変更年月日					
協会、国保、船員、国家、 地方、私学、高齢		第 号										・ ・					

今後、この申請に係る決定に必要な範囲で、公簿等により私及び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、障害者手帳情報等について確認されることを

・ 承諾します。 ・ 承諾しません。 *どちらかを○で囲んでください

年 月 日 (医療受給者が18歳未満の場合は保護者)

受給者（保護者）氏名

(注) 1 公簿等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になります。

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。