

福祉医療費受給者証 重度心身障害(児)者 交付(更新)申請書

区 分		受給者証番号	
	氏 名	続柄	生年月日
フリガナ			
受 給 者		本人	
保 護 者			
配 偶 者			
扶養義務者			
医 療 保 険	被保険者氏名		住所
	保 険 種 別		医療保険資格取得日
	保 険 者 名 称	保険者住所	記 号 番 号
受給者証交付申請事由			
	交 付 者	交 付 日	手 帳 番 号
身 体 障 害 者 手 帳			等 級
療 育 手 帳			級 第 種
障 害 程 度			級 第 種
72→77・73→78に移行	後期高齢者医療被保険者番号		
<p>この申請書に記載のとおり福祉医療費受給者証の交付（更新）を申請します。（乳幼児、小中学生及び高校生等の区分に該当する場合は、以後の自動更新を依頼します。）なお、申請（自動更新）にあたり私の世帯員に係る所得状況及び世帯状況等の閲覧を承諾するとともに、福祉医療費受給期間内に係る高額療養費等の代理請求・受領を秋田県横手市長に委任するので、受領した高額療養費等は保険医療機関等に支払う福祉医療費に充当してください。</p> <p>また、受領した高額療養費等の額が、保険医療機関等に支払う福祉医療費の額を上回る場合は、その上回る額を私に支払ってください。</p> <p>福祉医療費の給付に関係する診療情報等について、秋田県横手市長が制度の実施状況の把握または分析等に用いることについて同意します。</p>			
<p>令和 年 月 日</p> <p>秋田県横手市長 様</p>			
		住所	_____
		氏名	_____
		TEL (_____)	
受給資格者の判定		(受付)	
交付事由発生年月日 (有効期間の始期)			
有 効 期 限			
<p>・非該当の事由 (_____)</p> <p>・却下通知書の交付等 (令和 年 月 日申請者に対し却下通知書を 交付 送付)</p>			