

障害者医療証交付（更新）申請書

年 月 日

島本町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

対象者との続柄（ _____ ）

次のとおり医療証の交付を申請します。

なお、対象要件の確認のため、住民登録、所得状況、他の公費負担医療の受給状況等について、関係機関に照会し、関係台帳等により確認することを承諾します。

申請理由		1 障害（難病）要件該当		2 転入（住民となった日： _____ 年 _____ 月 _____ 日）		
		3 保険加入・変更		4 更新 5 その他（ _____ ）		
対象者	ふりがな 氏 名					
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	性 別	男・女		
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他 （島本町 _____ ）				
		加入医療保険		※対象者の健康保険証のコピーを貼りつけるか、添付してください。		
障害 の 状 況	身体障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（総合等級 1・2・3・4・5・6級）				
	知的障害	<input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B1・B2）または <input type="checkbox"/> 公的機関での判定				
	精神障害	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ _____ 級）※1級の所得制限は府基準 2・3級後期は対象外				
	難病者	<input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者 または <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者 であって、 <input type="checkbox"/> 障害年金1級または <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当1級に該当（受給者証+年金証書等要添付）				
「償還払い」 に 係 る 登録振込口座		銀行・農協 信金・信組	普通 ・ 当座	口座 名義 カナ	口座 番号	
		支店				

※以下は記入しないでください。【事務処理欄】

所得審査	制限内・超過・未	資格開始日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	交付年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
医療証受給者番号	府・町	備 考	_____（ _____ ）		

所得審査対象（本人所得額・本人所得税・被扶養） 医療証コピー _____ 月 _____ 日 手渡し・郵送