様式第1号の1(第3条関係)

障害者医療費受給者証交付申請書

年　　月　　日

(宛先)愛西市長

住　　所

申請者　氏　　名

電　　話（　　）　―

次のとおり障害者医療費受給者証を交付してください。

受給資格者	住　　所						
	氏　　名						
	生年月日						
加入医療保険	被保険者氏名		続柄		住所		
	被保険者証の記号番号				附加給付等の有無	有・無	
	被保険者証発行機関名	＜保険者番号　　＞		所在地			
障害区分	1　身体障害1．2．3級 2　腎臓機能障害4級 3　進行性筋萎縮症4．5．6級 4　知能指数50以下 5　自閉症状群						
手帳等	記号番号						
	交付年月日			再判定日			
交付事由	1　手帳交付　　2　転　　入　　3　再判定 4　その他(　　) (交付事由発生年月日　　年　　月　　日)			受給者番号			
備考	高額療養費・高額介護合算に該当した場合には、医療費の自己負担分を支払う愛西市が受け取ることに同意します。 年　　月　　日 氏名						