重度障害者医療費受給資格（認定・更新）申請書兼（変更・喪失）届兼台帳

※太枠内のみ記入してください。

3歳から15歳	15歳から65歳未満	65歳以上

医療証番号		認定取得 年 月 日		資格喪失 年 月 日		次期更新 年 月 日	

受給者

フリガナ / 氏名		男・女	生年月日 S・H・R 生	住所	
フリガナ / 保護者				住所	

医療保険

被保険者氏名		受給者との続柄		住所	
保険種別		被保険者証の記号番号		付加給付の有無	
保険者名	（保険者番号 ）	所在地		高額療養費代理受領委任状の有無	

障害の状況

身体障害の状況	程度(級別)	級	知的障害の状況	程度		判定機関	
	身体障害者手帳の番号	発行 号		判定年月日	年 月 日	摘要	
精神障害の状況	程度(等級別)						
	精神手帳の番号	年 月 日 発行 第 号 (期限 年 月 日)					

国民年金(障害年金)受給者	証書記号番号	第 号	疾病名		有効認定	年 月 日まで	他の公費負担		施設入所 有無
特別児童扶養手当受給者	証書記号番号	第 号	疾病名		有効認定	年 月 日まで	他の公費負担		施設入所 有無

扶養義務者			
個人番号本人		個人番号扶養義務者	

上記のとおり申請します。
なお、宗像市重度障害者医療費資格の認定・更新に当たっては、必要な公簿確認及び所得審査をすることに同意します。
非該当の場合は、子ども医療として申請します。
高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を宗像市に委任します。

令和 年 月 日

宗像市長 あて

申請者（本人または保護者） 住所 宗像市

氏名

TEL（ － － ）

事由

1．取得
- □ 転入
- □ 障害認定
- □ 生保廃止
- □ 所得超過
- □ 精神手帳
- □ 後期取得
- □ その他
- □ 限度額内

2．変更
- □ 保変(主変含む)
- □ 転居
- □ 住所表記
- □ その他
- □ 資格日変更
- □ 氏名変更
- □ 等級変更

3．更新
- □ 精神手帳
- □ その他

4．喪失
- □ 転出
- □ 生保開始
- □ その他
- □ 所得超過
- □ 死亡
- □ 非該当
- □ 後期喪失
- □ 限度額内

審査欄		受付
所得額		
本人	円	限度額証
配偶者	円	済・無・案内
扶養	円	入力
所得制限限度額		
本人	円	チェック
配偶者	円	
扶養	円	医療証
判定		交・郵 修・回・案
県・市		桃 青(身・精) 白(身・精)