

様式第1号（第5条関係）

重度障害者医療証交付（更新）申請書

令和 年 月 日

（宛先）高槻市長

申請者 住 所
氏 名
対象者との続柄（ ）
電 話

次のとおり医療証の 交 付 更 新 を申請します。

対象者の所得について、地方税関係情報により確認することに同意します。

対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	フリガナ 氏 名					
	生年月日	年 月 日				
加入 医療 保険	保 險 種 別	国保 ・ 健保 ・ 共済 ・ 後期 ・ その他（ ）				
	記 号					
	番 号		資格取得日	年 月 日		
	被 保 険 者	氏 名		生年月日	年 月 日	
		住 所				
	発行機関の 名 称		保険者番号			
発行機関の 所 在 地		付 加 給 付	有 ・ 無			
申 請 理 由	身 障	障害程度	1・2・3・4・5・6級		手帳番号	第 号
		障害種別	視・聴・言・肢・内		交付日・ 等級取得日	令和 年 月 日
					再 認 定 日	令和 年 月 日
	知 障	障害程度	A・B1・B2		手帳番号	第 号
		判 定 日	令和 年 月 日	次回判定日	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 次回判定不要	
	精 障	障害程度	1級		手帳番号	第 号
		交 付 日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日	
	難 病	種 別	1 障害年金 2 特別児童扶養手当 3 その他（診断書等）			
		判 定 日	令和 年 月 日	次回判定日	令和 年 月 日	
		転 入	令和 年 月 日			
	その他					