

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 5年 6月 20日

（宛先）高槻市長

住所 高槻市〇〇町〇番〇号
氏名 高槻 太郎
申請者 対象者との続柄（ 本人 ）
電話 072-〇〇〇-〇〇〇〇

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	フリガナ 氏名	カタキ タロウ 高槻 太郎			
	生年月日	昭和33年 10月 1日			
加入 医療 保険	保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 ・ 健保 ・ 共済 ・ 後期 ・ その他（ ）			
	記号	高国			
	番号	123-456-7	資格取得日	昭和33年10月1日	
	被保険者	氏名	高槻 太郎	生年月日	昭和33年10月1日
		住所	高槻市〇〇町〇番〇号		
	発行機関の 名称	高槻市	保険者番号	270082	
発行機関の 所在地	高槻市桃園町2番1号	付加給付	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		
申 請 理 由	身障	障害程度	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2・3・4・5・6級	手帳番号	高槻市 第 12345 号
		障害種別	視・聴・言・ <input checked="" type="checkbox"/> 肢・内	交付日・ 等級取得日	令和 5年 6月 1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	
難 病	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
	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
転入	令和 年 月 日				
その他					