

重度障害者医療証交付等申請(届出)書

(申請(届出)先)茨木市長

- ☐ 所得額(世帯)について、私及び私の世帯の市民税課税台帳及び前住所地で発行された所得証明書等を茨木市長が確認することに同意します。また、必要に応じて私の地方税関係情報を茨木市が取得することに同意します。なお、私が所得未申告の場合、所得税法に定める申告義務者に該当しないことを確認し、所得の未申告が同法に反しないものであることを誓約いたします。
- ☐ 適用の要件となる私の保険、個人番号、障害情報、年金情報、手当情報等について、茨木市長が確認することに同意します。
- ☐ 今回同時に申請を行った身体障害者手帳の等級が対象条件を満たさなければ、当該申請は取り下げること同意します。

次のとおり医療証の交付等を申請(届出)します。

対象者		住所	茨木市										
		氏名											
		生年月日	明・大・昭・平・西暦		年		月		日				
		電話番号	—					—					
		個人番号											
		保険種別	☐ 協会 ☐ 組合 ☐ 共済 ☐ 後期 ☐ 国保 ☐ 退職 ☐ 他国保 ☐ その他()										
通知先	☐ 対象者 ☐ その他 続柄()	住所	〒										
		氏名(フリガナ)											
		電話番号	—					—					
申請理由	☐ 適用	☐ 新規 ☐ 転入() ☐ 生保廃止 ☐ 保険加入 ☐ その他()											
		☐ 資格更新 ☐ 資格変更(→) ☐ 通知先											
	☐ 変更	☐ 再交付 ☐ 保険変更 ☐ 住所変更 ☐ 氏名変更 ☐ その他()											
		☐ 廃止	☐ 転出 ☐ 死亡 ☐ 生活保護受給 ☐ 他公費移行 ☐ 証回収 ☐ 等級変更 ☐ その他()										
申請書提出者	☐ 対象者 ☐ 通知先 ☐ その他 続柄()	住所	〒										
		氏名(フリガナ)											
		電話番号	—					—					

(事務処理欄)

異動年月日	年 月 日			受給者番号				
加入医療保険	保険種別	☐ 協会 ☐ 組合 ☐ 共済 ☐ 後期 ☐ 国保 ☐ 退職 ☐ 他国保 ☐ その他()						
	保険者番号				保険者名			
	記号				番号			
	取得日	年 月 日		被保険者名	☐ 対象者と同じ 続柄() (受付印)			
添付資料	☐ 手帳等 ☐ 健康保険証 ☐ 所得証明							
所得判定	☐ 所得制限内 ☐ 所得超過 ☐ 未申告等							
証発行期間	～							
証発行日			☐ 入力済() ☐ チェック済() 証窓口交付・郵送					