

重度障がい者医療証・入院時食事療養標準負担額助成証明書交付申請書・異動届・資格喪失届 (提出先) 大阪市長

届出年月日 令和 年 月 日		受給者番号			(申請者) 氏名		届出事由 (該当する番号に○を付けてください)				
いまの住所 (転出の場合はこれからの住所) 〒 区 丁目 番 号 方 電話 (自宅) (連絡先)							区分		資格取得	資格喪失	変更
いままでの住所 (転出の場合はいまの住所)							前区又は転出区の受給者番号		15 障がい該当	2 死亡	1 住所変更
フリガナ名							生年月日 (変更前の氏名・生年月日等)		3 区間転入	3 区間転出	2 氏名変更
対象者							明大昭平令 年 月 日		4 市外転入	4 市外転出	3 住所・氏名変更
加入医療保険の状況							保険該当日		11 生活保護廃止	11 生活保護開始	4 保険変更
保険の種類		<input type="checkbox"/> 国民健康保険(一般) <input type="checkbox"/> 国民健康保険(退職) <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療			昭平令 年 月 日		特定疾病療養受療証		18 所得制限解除	18 所得制限該当	5 取得日・喪失日変更
記号・番号		被保険者名			昭平令 年 月 日		食事の減額認定証※2		99 その他()	99 その他()	6 再交付
保険者番号		療養附加給付の有無			平令 年 月 日		障がい種別		[] 喪失取消(復活) [] 異動保留 [] 保留解除		
保険者名		事由			手帳等交付年月日		障がい種別		異動年月日 令和 年 月 日		
障がい状況		級別・程度			手帳等番号※1		障がい種別		再交付理由		
身体		1級 2級			昭平令 年 月 日		視聴肢内		1 破れたため 3 失ったため		
知的		重度			昭平令 年 月 日		喪失年月日		2 よごれたため 4 その他()		
合算		3級・4級・5級・6級でかつ中度			昭平令 年 月 日		令和 年 月 日		平成・令和 年分所得税にかかる扶養親族のうち、16歳以上19歳未満の方		
精神		1級			昭平令 年 月 日		意見書を提出の場合		氏名 生年月日		
難病		障がい年金1級(9号) 特別児童扶養手当1級(9号) 意見書			昭平令 年 月 日		主治医名		年 月 日		
同意書							証交付・訂正・回収状況		審査結果		
私が申請した重度障がい者医療証・入院時食事療養標準負担額助成証明書交付申請書・異動届・資格喪失届に関し、資格の認定及び医療証更新に必要な公簿を閲覧されることに同意します。							区分		該当 非該当		
令和 年 月 日							<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 引替交付		1 食事あり 1 所得オーバー		
住所 <input type="checkbox"/> 上記に同じ							<input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 回収		2 食事なし 2 その他		
申請者氏名							令和 年 月 日		入力チェック欄 <input type="checkbox"/>		
※記名押印に代えて、署名することができます。							確認欄		仮受付日		
							住基等 身障手帳等 所得証明 その他		課長 課長代理 担当係長 係員		

太線のわく内だけ黒のボールペンで記入してください。