

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

[illegible]

太線のわく内だけ黒のボールペンで記入してください。

この面は、住所地特例制度(大阪府内の大阪市以外にある施設・病院に住所を移す場合)により
大阪市の障がい者医療証の申請を行う方のみ記入して下さい。

誓約事項

次のいずれかの条件に該当した時は、速やかに医療証発行元の区役所に届出を行うことを誓約します。
また、大阪市から医療証の発行を受ける要件を満たさなくなった場合は、速やかに医療証発行元の区役所に
医療証を返還し、医療証を使用しないことを誓約します。

☐住所を変更したとき（医療証の発行元が変更になる場合があります。）

☐大阪市国民健康保険または後期高齢者医療保険を脱退したとき
（医療証の発行元が大阪市ではなくなります。お住まいの市町村に改めて申請を行ってください。）

☐障がい者手帳の等級が変更になったとき
（障がい等級が医療証の発行要件を満たさなくなった時は医療費助成の対象外になります。）

☐所得の更正があったとき
（所得が医療証の発行要件を満たさなくなった時は医療費助成の対象外になります。）

☐生活保護を受給するとき（医療費助成の対象外になります。）

同意事項

大阪市は、申請者が大阪市の重度障がい者医療費助成資格要件を満たすことを確認するために関係市町村、
住所地特例施設開設者から必要な個人情報を収集し、またはこれらの者に個人情報を提供場合があります。

令和 年 月 日

私は、大阪市から重度障がい者医療費助成資格の認定を受けるにあたり、上記事項について
誓約・同意いたします。

申請者氏名 _____