

様式第1号(第2条関係)
(表面)

整理番号

別府市重度心身障害者医療費受給資格認定(更新)申請書	
別府市長	あて
(申請者)	
住所 別府市	
ふりがな	
氏名 _____ 印	
生年月日 _____ 年 月 日	
(TEL _____)	
下記のとおり受給資格の認定(更新)を申請します。	

支給対象者	住所	別府市			
	氏名(ふりがな)	性別	生年月日・歳	受給者との続柄	住民登録記載日
		男 女	年 月 日 歳		
障害程度	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 _____ 年 月 日交付(判定)				
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 _____ 第 _____ 号				
	障害区分	視覚・聴覚・言語・肢体・内部・療育・精神			
保険の状況	障害程度	身体	種 級・療育	A B	精神 級
	加入保険の名称				
	被保険者証記号番号				
	被保険者氏名	続柄	資格取得年月日	年 月 日	
	附加給付	有(内容 _____)・無			
他制度(自立支援医療等)による給付状況	被保険者証	名称	受給者番号	受給開始年月日	
	発行機関	所在地	参考		
名称		受給者番号	受給開始年月日		
有・無					

決裁欄	課長	補佐	係長	係	起案	年 月 日
					決裁	年 月 日
					通知	年 月 日
受給者番号		認定	更新		. . 交付 . . 交付	
(調査事項)						

(裏面)

1 記入上の注意

- (1) 障害区分欄は、該当するものを○で囲んでください。
- (2) 附加給付の「有」の場合は、できるだけ詳しく記入してください。

2 添付書類

- (1) 住民票の写し
- (2) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳
手帳のない場合は、次のいずれかを添えてください。
 - ア 特別児童扶養手当を受けているものは、その証書
 - イ 障害基礎年金を受けているものは、その証書
 - ウ その他障害の程度を証明できる書類
- (3) 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者であることを証する書類