

重度心身障害児（者）医療費 } 申請書

{

 受給資格認定
 受給者証交付
 受給者証更新

受給者	住所	有田川町大字				
	フリガナ					
	氏名				性別	男・女
	生年月日	年	月	日	<small>個人番号 新規(転入)の方は記入願います。</small>	
扶養義務者	(氏名)	(続柄)	(住所) <input type="checkbox"/> 上記と同じ場合はチェック		<small>個人番号 新規(転入)の方は記入願います。</small>	
	(氏名)	(続柄)	(住所) <input type="checkbox"/> 上記と同じ場合はチェック		<small>個人番号 新規(転入)の方は記入願います。</small>	
	(氏名)	(続柄)	(住所) <input type="checkbox"/> 上記と同じ場合はチェック		<small>個人番号 新規(転入)の方は記入願います。</small>	
	(氏名)	(続柄)	(住所) <input type="checkbox"/> 上記と同じ場合はチェック		<small>個人番号 新規(転入)の方は記入願います。</small>	
加入医療保険	被保険者氏名	(氏名)	(続柄)	(住所) <input type="checkbox"/> 受給者と同じ場合はチェック		
	保険種別	社保・国保・後期		被保険者証の記号番号		
	保険者名	(保険者番号)			附加給付等の有無	有・無
受給者証交付申請事由	1 身体障害者手帳(第 級)・手帳番号(和歌山()第 号) 2 特別児童扶養手当(第1級)・受給者番号(和特第 号) 3 療育手帳(A)・手帳番号(和()第 号) 4 精神保健福祉手帳(第1級)・() 交付事由発生年月日 年 月 日					
※ 審査						
有田川町長 様 上記のとおり、重度心身障害児（者）医療費受給資格の認定及び受給者証の交付を申請します。 また、申請にあたって、次の事項について同意します。 ・有田川町が保有する住民台帳及び課税台帳等を閲覧すること。 ・保険者に対して医療費の支給状況等を確認すること。 ・資格認定中に発生した高額療養費について、保険者と支給額の調整をおこなうこと。 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> (受給者) 住所 有田川町大字 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 氏名 _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 電話番号 — — </div>						

※ 添付書類 申請事由手帳等のコピー、社保の方は保険証のコピー
 ※ 審査欄は記入しないで下さい。

受領者氏名

扶養者確認書

以下の質問にお答え下さい

(該当する方に○を付けて下さい)

① あなたは他の世帯の方に扶養されていますか？ はい ・ いいえ

② ①ではいと答えた方のみお答え下さい。

・ その扶養者は有田川町にお住まいですか？ はい ・ いいえ

・ その扶養者の住所、氏名、続柄を記入して下さい。

(住所)

(氏名)

(続柄)
