

障害者医療費

受給者証交付申請書  
 受給資格(変更・喪失)届  
 受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先)北名古屋市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

下記のとおり関係書類を添えて申請(届出)します。

		新 規(変更後・喪失)		変 更 前		受 給 者 番 号									
受 給 者	フリガナ					1 新規 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他( ) 上記の事由発生年月日 ( . . )									
	氏 名														
	生 年 月 日	年 月 日	男・女												
	住 所					2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> その他( ) 上記の事由発生年月日 ( . . )									
医 療 保 険 の 加 入 状 況	記 号 番 号														
	被 保 険 者 氏 名														
	被 保 険 者 住 所														
	保 険 者 名 号 ・ 番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>													
所 在 地															
附 加 給 付	有 ・ 無														
障 害 区 分	1 身体障害者 1・2・3級		手 帳 番 号			4 受給者証回収年月日 ( . . )									
	2 腎臓機能障害 4級		交 付 年 月 日												
	3 進行性筋萎縮症 4・5・6級														
4 知能指数50以下 A・B判定						5 再交付 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損									
5 自閉症状群															
6 精神障害者 1・2級															
7 その他( )				有 効 期 限											