



受付者	確認者
-----	-----

心身障がい者医療費受給者証交付申請書 (新規・更新)

豊田市長 様

豊田市医療費助成条例第9条第1項の規定により、医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

		受給者番号	512
申請者	住所	令和 年 月 日	
	豊田市		
	氏名	電話()	—
<p>心身障がい者医療費の助成の資格認定に必要な身体障がい者手帳又は療育手帳の認定状況及び健康保険の加入状況の公簿の閲覧に関し、同意します。</p> <p>医療費の自己負担金額(豊田市が負担した金額)が高額療養費に該当する場合は、高額療養費受領の権限を豊田市長へ委任します。</p>			

受給者	フリガナ	個人コード	
	氏名	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	
加入保険	記号番号	被保険者名	
	保険者名	保険者番号	
受給資格要件	1 00	<input type="checkbox"/> 身体障がい者 1~3級	資格取得日 年 月 日
	2 08 10	<input type="checkbox"/> 腎臓機能障害者 4級 <input type="checkbox"/> 進行性筋萎縮症者 4~6級	受給者証の有効期限 年 月 日
	3 11	<input type="checkbox"/> 知的障がい者(療育手帳A・B) <input type="checkbox"/> 判定書による者(IQ50以下)	資格開始要件 <input type="checkbox"/> 新規(011) <input type="checkbox"/> 転入(021) (年 月 日 県内・県外から) <input type="checkbox"/> 生保廃止(031) <input type="checkbox"/> 施設退所(016) <input type="checkbox"/> その他(041) ()
	4 12	<input type="checkbox"/> 自閉症状群(診断書)	
		<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳交付日 <input type="checkbox"/> 療育手帳判定日 <input type="checkbox"/> 診断日 年 月 日	旧受給者証回収日 年 月 日
(備考)			
窓口・郵送 受給者証発行日 年 月 日			