様式第１号（その４）（第３条関係）

受付印	受付者	入力者	確認者

心身障がい者医療費受給者証交付申請書MMMMMMMMMMM

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。

太枠の中のみ記入してください。

個人コード	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	受給者番号	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

申請者	住所　MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
	氏名 電話（　　　）　　－
	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等の公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）の閲覧に関し、同意します。 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。

受給者	フリガナ MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM		個人番号	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
	氏名 MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM		生年月日	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
加入保険	記号・番号	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	被保険者名	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
	保険者名	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	保険者番号	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

受給資格要件	1 00	□身体障がい者　１～３級	資格取得日 年　月　日
	2 08 10	□腎臓機能障害者　４級 □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	□知的障がい者（療育手帳Ａ・Ｂ） □判定書による者（ＩＱ５０以下）	資格開始要件： □新規（０１１） □転入（０２１） （　年　月　日 県内・県外から） □生保廃止（０３１） □施設退所（０１６） □その他（０４１） （　　　）
	4 12	□自閉症状群（診断書）	
	□身体障がい者手帳交付日 □療育手帳判定日 □判断日 年　月　日		旧受給者証回収日 年　月　日

（備考）

保険変更　有　・　無　□番号・本人確認　□被保険者名記載

MMMMMMMM　MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM