ファイル名 : H160
解像度(DPI) : 300
フォームサイズ : A4
使用フォント : NONE
使用ロゴ : NONE
使用タイル : NONE
使用グラフィック : NONE
使用カラー : NONE
ファイルサイズ(Bytes) : 199767

用紙サイズ : A4
Nアップ : 1UP
スケール(%) : (100,100)

印刷モード : SIMPLEX
コピー部数 : 1

様式１号（その４）（第３条関係）

手帳更新勧奨　申請書

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（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。

太枠の中のみ記入してください。

個人コード		受給者番号	

申請者

年　　月　　日

住　所

豊田市

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	個人番号	
氏　名	生年月日	

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

100	□身体障がい者　１～３級	資格取得日　年　月　日
208 210	□腎臓機能障がい者　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
311	■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 （０１１）■新規 （０２１）□転入 （　年　月　日 県内　・　県外　から） （０３１）□生保廃止 （０１６）□施設退所 （０４１）□その他（　）
412	□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 □診断日 年　月　日		旧受給者証回収日　年　月　日

加入保険について	□変更なし　□変更あり（下の欄に現在の加入保険の情報を記入してください。）

現在の加入保険

記号・番号	被保険者名
保険者名	保険者番号