

障害者 福祉医療費受給資格 認定申請書

<受給者証が必要な方> (障害者手帳を持っている方、重度の知的障害と診断された方)

フリガナ		生年月日	(年齢 歳)												
氏名		個人番号													
住所	(建物名等)		市処理欄	基本コード											
				受給者番号											

<受給資格要件の状況>

☐ 身体障害者手帳： 1 級・2 級・3 級・4 級 ☐ 精神障害者保健福祉手帳：1 級 ☐ 療育手帳：A1・A2・B1・B2	交付年月日 年 月 日 番 号 第 号
---	------------------------

※75歳以上または65歳以上で後期高齢者医療保険に加入の方は身体障害4級と療育B2は対象外

<医療保険>

☐ 医療保険の種類 国保・社保・共済・後期 その他()	被保険者 本人・家族(氏名 続柄)
---	--------------------

<申請者> (受給者証が必要な方本人 または 保護者)

諫早市長 様 (申請日) 年 月 日 上記のとおり、障害者福祉医療費受給者証の交付について関係書類を添えて申請します。	
フリガナ	生年月日 年 月 日
氏名	署名 個人番号
	電話番号 — —
住所	☐ 受給者証が必要な方と同じ (記入不要) (建物名等) 続柄 受給者証が必要な方から見て

諫早市使用欄

添付書類	事由
☐ 手帳 ☐ 医療保険に関する書類 ☐ 同意書 ☐ 本人名義の通帳の写し ☐ 所得課税証明書等 ☐ その他()	☐ 認定 ☐ 転入 ☐ 生保廃止 ☐ その他()
	決 定
	1 適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により申請を却下する。 ☐ 所得制限該当のため ☐ その他()
備 考	決定年月日 年 月 日

