

函館市重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

函館市長様

(番地)

住所 函館市 町 丁目 番 号
 申請者 氏名
 電話

次のとおり重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。

受給資格の認定を受ける者	ふりがな			個人番号						
	氏名									
	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		被保険者 との続柄						
	住所	(番地) 函館市 町 丁目 番 号		主たる生計維持者 との続柄						
受給	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	交付番号	号	障害 の 程 度	身体	級				
	<input type="checkbox"/> 診断書	交付または 作成年月日			S・H・R	IQ				
	<input type="checkbox"/> 療育手帳	精神障害者手帳の 有効期限			R	判定	A・B			
資格要件	<input type="checkbox"/> 判定書			程度	総合	1重度・2中度				
	<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳				精神	級				
	医療	被保険者の 氏名	住所							
保険	種別	01 国保一般 02 国保退本 03 国保退扶 04 国保組合 05 協会健保 06 船員 07 日雇 08 健保組合 09 共済 10 後期高齢			付加給付	有・無				
	被保険者証の 記号・番号			任意継続の 有効期間	年 月 日～ 年 月 日					
	保険者の名称			保険者番号						
主計 た維 る持 生者	ふりがな			個人番号						
	氏名			住所						
	扶養人数	人(うち老人 人)		所得額	円					
保護者	氏名			住所						

※注 太枠内の事項について記入してください。

所得要件等	後期高齢等負担割合	自己負担区分
<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	1 1割負担 2 初診時一部負担金 3 助成無

障・障老	受給者番号	資格取得年月日	資格取得事由
		平成・令和 年 月 日	01 生保廃止 02 転入 04 身障認定 05 障老移行 17 所得復活 19 その他
道・市区分	1 道 2 市		
有効期間	《障》 令和 年 月 日まで	《障》 : 65歳の誕生日前日まで	《障老》 : 9.99.99.99
特定疾病の認定年月日	平成・令和 年 月 日	更生医療の手続きの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考	※後期2点セット (<input type="checkbox"/> 有)		

公簿確認	受付	入力	検証

受付印

交付年月日
令和 年 月 日

同意書

当該申請を行う私および当該申請に係る主たる生計維持者（函館市重度心身障害者医療費助成条例施行規則（昭和48年函館市規則第34号）第2条第5号に規定する主たる生計維持者をいう。以下「主たる生計維持者」という。）である私は、函館市重度心身障害者医療費助成条例（昭和48年函館市条例第12号）第4条第1項の規定による受給資格の認定の申請に係る事実についての審査に関する事務、同条例施行規則第5条の規定による受給者証の更新に係る事実についての審査に関する事務および同条例第8条の規定による資格の喪失または申請事項の変更の届出に係る事実についての審査に関する事務に必要な場合は、函館市が、当該申請を行う私、および私と同一の世帯に属する者（下記の表のとおりです。）、ならびに当該申請に係る主たる生計維持者である私の収入および市町村民税（地方税法（昭和25年法律第226号）第5条第2項第1号に掲げる市町村民税（個人に係るものに限る。）をいい、特別区が同法第1条第2項の規定によって課する同号に掲げる税を含む。以下「市町村民税」という。）に関する情報について調査することに同意します。

また、医療保険各法の規定による高額療養費および高額介護合算療養費（以下「療養費」という。）、付加給付金に関する事務に必要な場合は、函館市が、同条例第2条第1項第3号に規定する医療費の助成を受給する私、および私と同一の医療保険に加入する者の収入および市町村民税について調査することに同意するほか、次の①と②に関する一切の権限を函館市長に委任することに同意します。

- ①当該療養費もしくは付加給付金の受領に関する一切の権限
- ②当該療養費もしくは付加給付金の支給申請の添付書類として、私、および私と同一の医療保険に属する者に係る所得（課税）証明書が必要な場合は、当該証明書の交付申請および受領に関する一切の権限

申請者の氏名 _____ 印

主たる生計維持者の氏名 _____ 印

申請者と同一世帯員

申請者と同一世帯員	(ふりがな) 氏名	住 所	個 人 番 号

重度心身障害者入通院の申立書

函 館 市 長 様

申立者氏名 _____

申立内容	対象者氏名	生年月日		T・S 年 月 日 H・R (歳)
	身体障害者 手帳の内容	手帳交付年月日	S・H・R 年 月 日	障がいの 程 度 級
		障がいの種類（該当するものすべてに○を付すること。）	視覚 聴覚 平衡機能 音声・言語またはそしゃく機能 肢体不自由 心臓機能 じん臓機能 呼吸器機能 ぼうこう又は直腸の機能 小腸機能 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能 肝臓機能	
	身障手帳の障がいによる医療の開始日	入院 通院	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日から	医療機関名

証受領確認（代理申請者含む）

