

本人確認							
個人	運転	旅券	障害	療育	精神	在留	
	保険	受給	児扶	特児	年金		

大垣市心身障害者医療費受給者証交付（更新）申請書

受給者証番号				有効期間				制度区分	
				から ----- まで				県制度	市制度
フリガナ 氏名				生年月日				受給資格者との続柄	
個人番号				住所					
受給資格者					大垣市				本人
配偶者					年 月 日				
					大垣市				
扶養義務者					年 月 日				
					大垣市				
加入医療保険	被保険者(世帯主)氏名			受給資格者との続柄					
	保険種別			国保・退本・退家・協会・組合・共済・国組・船員・後期					
	保険者名			(保険者番号)					
	記号番号			附加給付等の有無			有・無		
障害	手帳種別	手帳番号		手帳交付年月日				等級・程度	
	身体障害者	岐阜県	第 号						
	療育	岐阜県	第 号						
	精神障害者保健福祉	岐阜県	第 号						
<p>上記のとおり大垣市心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。          なお、受給資格の認定及び更新に当たり、私に関する税務情報を利用することについて同意します。          また、医療費助成に関する情報を保険者に提供することについて同意します。          被保険者(世帯主)は、高額療養費の請求及び受領について大垣市長に委任します。</p> <p>年 月 日          申請者 住所 大垣市          (受給資格者)          氏名</p> <p>被保険者(世帯主) 氏名</p> <p>大垣市長様 (電話番号 - - )</p>									

注1 現在加入している医療保険の被保険者であることを証明するものをお持ちください。  
 2 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳をお持ちください。

受付	手渡	郵送	同地	障害認定	高額	入力	マイボ