

## 障がい者医療費受給者証交付・更新申請書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住所 大府市 \_\_\_\_\_ 町 \_\_\_\_\_ 番地

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

次のとおり申請します。

対 象 者	住 所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ	世帯主							
	ふ り が な		個人番号							
	氏 名			年 月 日生						
加入医療保険	記 号 ・ 番 号									
	被 保 険 者									
	保 険 者 名 称									
	所 在 地									
手 帳 交 付 記 号 ・ 番 号										
障 が い 名		級 I . Q .								
備 考		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">有効期間</td> <td style="width: 85%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">から</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">まで</td> </tr> </table>			有効期間			から		まで
有効期間										
	から									
	まで									

(精神障害者保健福祉手帳を所持していて障害等級が3級である場合に記入)

1月1日にいた住所 \_\_\_\_\_

大府市長 殿

同 意 書

障がい者医療費受給者証の {交付・更新} の申請に係る事実についての審査に関する事務手続を処理するために限って、地方税関係情報を取得することに同意します。

同意者	ふりがな 氏 名	生年月日	住 所

※同意する者が自ら署名を行うこと。

※代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。