

# 記入例

## 特別医療費受給資格証交付申請書

|                                                                                                                                                                  |             |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1<br>受給者（申請者）                                                                                                                                                    | フリガナ        | ヨナゴ ネギコ                | 受給者本人自署の場合は（印）不要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                  | 氏 名         | 米子 ネギ子 （印）             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                  | 個 人 番 号     |                        | 個人番号の記入は不要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                  | 生 年 月 日     | 大正・昭和・平成・令和 ○○年 ■月 △▼日 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                  | 住 所         | 米子市○×△町1111            | 日中に連絡可能な電話番号を必ず記入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                  | 電 話 番 号     | （ 090 ） ○△▼×－●▼○△      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2<br>被保険者                                                                                                                                                        | フリガナ        | ヨナゴ ネギオヤ               | 健康保険の扶養をしているかたを記入<br>受給者本人の健康保険の場合は②は記入不要<br>健康保険の扶養をしているかたが自署の場合は押印不要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                  | 氏 名         | 米子 ネギ親 （印）             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                  | 個 人 番 号     |                        | 個人番号の記入は不要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                  | 住 所         | 米子市○×△町1111            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                  | 電 話 番 号     | （ 090 ） ○△▼×－●▼○△      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 3<br>種 別                                                                                                                                                         | 1 身障1・2級所持者 |                        | <p>○①②③の欄を記入してください。<br/>添付書類…種別によって添付する書類は異なります。</p> <p>○種別ごとに必要となるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・小児<br/>お子様の健康保険資格の確認書類の写し、被保険者の本人確認の書類の写し（運転免許証、マイナンバーカード等）</li> <li>・身体障がい者、精神障がい者、知的障がい者<br/>受給者の健康保険資格の確認書類の写し、各種手帳の写し（手帳交付日、等級、有効期限等が載っているページ）</li> <li>・ひとり親家庭<br/>親子全員分の健康保険資格の確認書類の写し、家族調査票、児童扶養手当証書又は、遺族年金証書等の写し</li> <li>・特定疾病<br/>受給者の健康保険資格の確認書類の写し、主治医意見書</li> </ul> <p>※その他必要な書類をお願いする場合があります。</p> |
|                                                                                                                                                                  | 2 重度知的障がい   | 協 助                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                  | 3 ひとり親家庭    | 記 番                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                  | 4 小 児       |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                  | 5 特定疾病      | 被保                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                  | 6 精神1級所     | 保 険                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                  | 7 身障3級所持者   | 保 険                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                  | 8 その他の知的障がい | 摘                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                  | 9 精神2・3級所持者 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ひとり親家庭対象児童名（証番号）                                                                                                                                                 |             |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p>本書のとおり関係書類を添えて今後、特別医療費の助成に関する私の世帯全員に係る課税状況、負担医療受給状況、障害者手帳交付状況、また、特別医療費の助成を受けまして、米子市長に委任します。</p> <p>なお、上記により受領した高額療養費につきましては、米子市市民生活医療機関等に支払う療養費に充当してください。</p> |             |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 令和 年 月 日                                                                                                                                                         |             | 申請書記入日                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 米子市長 様                                                                                                                                                           |             |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |