

特別医療費受給資格証交付申請書

番号

受給者(申請者)	フリガナ				
	氏名	(印)			
	個人番号				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
	住所	米子市			
	電話番号	() —			
被保険者	フリガナ			受給者との続柄	
	氏名	(印)			
	個人番号				
	住所				
	電話番号	() —			
種別	1 身障1・2級所持者	保険の種類		年金証書の内容	
	2 重度知的障がい者	協組船共国後(退)(組)		児扶手遺族障害その他	
	3 ひとり親家庭	記号		記号	
	4 小児	番号		番号	
	5 特定疾病	被保険者名		支給開始年月	年 月
	6 精神1級所持者	保険者名		障害者手帳情報	
	7 身障3級所持者	保険者番号		身体・療育・精神	級
	8 その他の知的障がい者	摘要		号	障害
	9 精神2・3級所持者				
ひとり親家庭対象児童名(証番号)			交付年月日	年 月 日	
			次回判定年月	年 月	
			備考		
本書のとおり関係書類を添えて申請します。 今後、特別医療費の助成に関する事務を処理するために必要な範囲内において、公簿により、私及び私の世帯全員に係る課税状況、収入状況、就労状況、生活保護実施状況、医療保険加入状況、公費負担医療受給状況、障害者手帳交付状況等について確認されることを承諾します。 また、特別医療費の助成を受けた場合における社会保険各法による高額療養費の請求及び受領につきまして、米子市長に委任します。 なお、上記により受領した高額療養費につきましては、米子市が保険医療機関等に支払う療養費に充当してください。 令和 年 月 日 米子市長 様					

(注1) 受給者(申請者)が被保険者(国民健康保険の被保険者である場合は、世帯主)でない場合は、被保険者欄にも記入してください。
(注2) 受給者及び被保険者の氏名につきましては、記名押印又は署名のいずれかとしてください。

※確認欄 免許証 資格確認書 マイナンバーカード その他()

証有効期限	～
課税区分	低 中 高
資格取得事由	当初取得・制度該当・転入・出生・生保廃止・その他取得()

課長	担当課長補佐	合議	主査