重度心身障害者医療費受給者証交付申請書　記載例　～児童用～

重度心身障害者医療費受給者証交付（更新）申請書

申請者	住　所	久慈市川崎町１－１		
	氏　名	久慈　太郎	電　話	090（○○○○）××××

重度心身障害者	該当要件	身障手帳１・２級　・　障害基礎年金１級　・　特別児童扶養手当１級　・　療育手帳Ａ		
	交付年月日	令和　○　年　○　月　○　日	有効年月日	年　月　日
	フリガナ	クジ　イチロウ	生年月日	大・昭・平・令　○　年　○　月　○日
	氏　名	久慈　一郎	個人番号	
	住　所	久慈市　川崎町１－１		
保護者	フリガナ	クジ　タロウ	生年月日	大・昭・平・令　○　年　○　月　○日
	氏　名	久慈　太郎　（久慈） ※署名又は記名押印をしてください。	個人番号	5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6
	住　所	久慈市川崎町１－１		
	続柄	父	居住区分	同居・別居
	生計関係	生計同一・生計維持		

家族の状況	氏　名	続柄	居住区分	生年月日	※　この申請書の審査に係る所得確認のために、課税台帳の閲覧を行うことに同意します。 承諾印	個人番号
	(フリガナ) クジ　ハナコ 久慈　花子	母	同居・別居	大・昭・平・令 ○年○月○日	久慈	9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
	(フリガナ) クジ　ジロウ 久慈　次郎	弟	同居・別居	大・昭・平・令 年　月　日	久慈	

加入健康保険	被保険者又は組合員氏名	久慈　太郎	続柄	父	資格取得年月日	○　年　○　月　○　日
	保険の種別	協会けんぽ　組合健保　・国保（一般・退職）　・国保組合　・共済　・船員　・医師　・後期高齢				
	記号番号	11223344-567	本人・被扶養者の別	本人　被扶養者		
	保険者名	全国健康保険協会　○○支部	保険者番号	0 1 0 3 0 0 0 0		

振込先	金融機関名	岩手　銀行・金庫・農協・信漁連	久慈　支店・支所・本店・本所	（フリガナ）口座名義人	クジ　タロウ 久慈　太郎	
	金融機関コード	1234　－　567	普通預金　1 2 3 4 5 6 7			

≪記載上の注意≫

①「申請者」
重度心身障害者の保護者を記載してください。
電話は、日中に連絡がつく連絡先を記載してください。

②「個人番号」
マイナンバーカード等に記載されている12桁の個人番号を記載してください。

③「保護者」
世帯の生計の中心者の方を記載してください。

④「家族の状況」
同一の生計を営む世帯全員について記載し、必ず押印をしてください。
続柄は、受給者（重度心身障害者）からみた続柄を記載してください。
表面に書ききれない場合は、続きを裏面に記載してください。
※ 世帯分離している場合であっても、同居者全員を記載してください。
（祖父母世帯と同住所で世帯を分けている場合などは、祖父母の記載も必要です。）
※ 別居している場合であっても、受給者（重度心身障害者）が税または保険証等の扶養になっている場合は、その扶養者について記載してください。
※ 所得等の確認（同意）のため、18歳以上の世帯員全員の記入・承諾印が必要です。

⑤「加入健康保険」
重度心身障害者本人が現在加入している健康保険を記載してください。
（保険証に記載されている内容を転記します。）

⑥「振込先」
重度心身障害者の保護者の口座を記載してください。

署名又は記名押印をお願いいたします。

こちらの欄には押印が必要です。

《申請手続きに必要なもの》

■身体障害者手帳・障害基礎年金証書・特別児童扶養手当認定通知書・療育手帳のいずれか
■保険証（本人）　**■預金通帳**（保護者名義のもの）　**（■印鑑**（認印可）※一部の欄で押印をお願いしています。**）**
■保護者（父母いずれも）・同居の家族等の個人番号（マイナンバー）の確認書類
⇒マイナンバーカード、個人番号が記載された住民票の写しのいずれか
■窓口届出者の身元確認書類
⇒運転免許証、旅券（パスポート）、マイナンバーカード、身体障害者手帳などの官公署発行の写真付きの身分証明書のうち、いずれか１点
⇒上記のものがない場合は、健康保険証、年金手帳、住民票の写し、所得課税証明書のいずれか２点以上をお持ちください。