

町長	副町長	課長	室長	主査
		課長 専決		

決裁の上は、申請者に受給資格証を
交付してよいか伺う

日南町長 中村 英明 様 特別医療費受給資格証 更新 申請書

電話番号			
令和 年 月 日 申請			
申請者	住所	日南町	
	氏名		
(印)			

令和 年 月 日 申請受理
受給資格証番号
日

本書のとおり関係書類を添えて申請します。
なお、今後、この申請に係る決定に必要な範囲で、公簿により私及私の世帯全員に係る課税状況、生活保護状況、医療保険加入状況、公費負担医療受給状況等について確認されることを承諾します。

受給者氏名	申請者との続柄	受給者の住所	種別	受給資格証			
				申請年月日	交付年月日	有効期間	摘要
大正 昭和 平成 令和 年 月 日生			1 身障1・2級所持者	・	・	・	
			2 重度知的障害者	(新)	規		
			3 ひとり親家庭	(更)	新		
			4 18歳までの者	(更)	新		
			5 特定疾病	・	・	・	
			6 精神	(更)	新		

保険の種類	保険証記号番号	被保険者名	受給者との続柄	保険者名及び所在地	被保険者の勤務先及び所在地	変更年月日
後期高協け組船共国(退)(組)	第 号					・
後期高協け組船共国(退)(組)	第 号					・

身障手帳の内容		療育手帳の内容		障害者手帳の内容		自立支援医療受給者の内容 (育成・更生・精神)		高齢受給者の内容		高額医療費の状況	
交付番号	交付年月日	交付番号	交付年月日	手帳番号	交付年月日	受給者番号	交付年月日	指定医療機関	受給者番号	交付年月日	誓約書 有
等級別	第 級	障害の程度	有効期限	障害等級	年月日	有効期限	年月日		交付年月日	年月日	委任状 有
特定疾病療養受療証	有 無					重度かつ継続	該当・非該当		有効期限	年月日	委任状送付
確認者	確認者	確認者	確認者	確認者	確認者	確認者	確認者		一部負担割合		年月日
									確認者		

特定疾病の認定	ひとり親家庭		年金証書の内容	資格証再交付年月日	資格の取得・喪失	限度額適用・標準負担額減額認定証の交付状況
	親	子				
開始年月日	1 配偶者の状況 ①死亡 ②離婚 ③生死不明 ④遺棄 ⑤海外 ⑥労働不能 ⑦拘禁 ⑧その他	1 左の親との続柄	記号	・	取得年月日	・
廃止年月日		2 在学・就職・未就の別等 在学・就職・未就	番号	・	喪失年月日	・
医療機関名		3 所得税額 ①前年の額 円 ②前前年の額 円	支給開始年月日	・	喪失理由 1 保険喪失 2 転出 3 年齢到達 4 死亡 5 その他	発行期日
病名			確認者	・		有効期限

※審査欄 (市町村記入欄)	1 世帯非課税・課税	2 本人 控除後の所得額(年分) 円	所得制限限度額 円	所得制限 該当・非該当	自立支援医療申請 申請・未申請	月額負担上限 全額助成・一般 低所得	備考
------------------	------------	---------------------	-----------	-------------	-----------------	--------------------	----

(注) 1 公簿による課税状況等の確認について承諾しない場合は、確認に必要な書類の提出が別途必要となります。
2 氏名については、記名押印又は署名のいずれかとしてください。
3 種別における18歳までの者とは、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者となります。