

※この処理欄には記入しないでください。

処理欄	受付日	受給資格	※受給者証(受給資格決定通知書)										
	年 月 日	有・無	公費負担番号	8	0	0	2	0	0	1	9	認定日	年 月 日
			受給者番号	/									

青森市重度心身障害者医療費受給資格認定(更新)申請書

申請者	住所	(TEL)											
	氏名								年 月 日生				
	職業						障害者との続柄						
障害者	住所	(TEL)											
	氏名								年 月 日生				
	個人番号												
加入医療保険	保険の種類			被保険者又は組合員の氏名								附加給付	
	記号											有・無	
	番号												
	保険者	所在地											
		名称											
又は配偶者・扶養義務者 又は同一世帯員	氏名	生年月日			続柄		個人番号						
医療費振込金融機関名		銀行					本店	口座番号					
							支店	普通					
上記のとおり、重度心身障害者医療費受給者証等の交付(更新)を申請します。 なお、当該申請及び毎年度の資格更新に当たり、本人及びその家族の所得及び課税状況等について、公簿等により確認すること又は個人番号(マイナンバー)の使用により情報を確認することについて同意します。 また、当該受給資格を取得した場合であって、毎年10月1日の資格更新に当たり、本人及びその家族の所得及び課税状況等を確認することにより、翌年度以降も受給資格があると認定したときは、当該受給者証等の交付について (希望します。 希望しません。) 年 月 日 青 森 市 長 様 申請者氏名													

(注) この申請書には次のものを添付してください。

①加入医療保険の被保険者又は被扶養者であることを証するもの ②身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・愛護手帳のいずれか ③本人及び同一世帯の家族の前年(1月～9月に申請する場合は前々年)の所得及び課税状況がわかる書類

なお、③については、転入した場合を除き、市が確認することに同意する場合は添付する必要はありません。

受付	確認	備考