

※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	青森市〇〇×丁目△番△号 (TEL )											
	氏名	青森 太郎							昭和〇年〇月〇日生				
	職業	会社員				障害者との続柄			本人				
障害者	住所	同上 (TEL )											
	氏名								昭和〇年〇月〇日生				
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
加入医療保険	保険の種類	被保険者または組合員の氏名										附加給付	
	記	マイナ保険証の方又は令和6年1月2日以降に市外から転入された方は、個人番号もご記入ください。											
又はい	保	令和6年1月1日時点において、青森市外に住民票のあった方がいる場合は、個人番号もご記入ください。										給	
	険者	名	称										付
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									
	青森 二郎	昭和〇年〇月〇日	父	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2									
医療費振込金融機関名	〇〇銀行 001			本店	口座番号 1234567								
				△△支店	普通 アオモリ タロウ								
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。)													
青森市長様											〇年 〇月 〇日		
申請者氏名											青森 太郎		

(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