

別記様式(第3条関係)

※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			
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	
	記号					有 ・ 無
	番号					
	保険者	所在地				
		名称				
医療費振込金融機関名		銀行	本店 支店	口座番号 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、養育者及びその家族の所得及び課税状況を確認することについて (同意します。 同意しません。) 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。) 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