

障害者医療費受給者証交付・更新申請書

年 月 日

碧南市長 様

申請者 住 所

氏 名

電 話

委任状 兼 同意書

碧南市福祉医療費の資格認定及び支給のために必要があるときは、本人と関係者の課税等の状況に関する資料、保険の加入状況、高額療養費申請状況について確認することに同意します。

また、医療費の自己負担金額(碧南市が負担した金額)が高額療養費に該当する場合は、高額療養費受領の権限、高額療養費支給の調査及び申請手続、世帯員の課税証明書、戸籍の交付の権限を碧南市へ委任します。

次のとおり障害者医療費受給者証の交付を申請します。

受給者	受給者番号		5 1 0		宛名番号				
	住 所		愛知県碧南市						
	フリガナ 氏 名				性 別				
					生年月日				
障害区分	認定資料								
	手帳番号				交 付 年月日				
加入 保 険 状 況	被 保 険 者	住 所							
		氏 名							
	記 号 番 号								
	保 険 者	番 号			保険種別				
		名 称							
		所在地							
備 考								受付者	