

障害者医療証交付申請書

(宛先)名古屋市長

次のとおり申請します。なお、医療費の助成について必要な場合は、毎年名古屋市において市民税に関する課税資料(必要に応じて世帯分を含む。)、健康保険情報並びに障害の種類及び程度に関する資料を確認されることに同意します。

申請日		年 月 日			医療証 番号									
対象者	住所	名古屋市 区												
	フリガナ				生年月日		年 月 日							
	氏名				電話番号									
	前年度所得	☐ 有(概算 円) ☐ 無			個人番号									
障害の種類 及び程度		☐ 身 体 障 害 - 1・2・3級(視覚・聴覚・言語・肢体・内部)[部位] ☐ 進行性筋萎縮症 - 1・2・3・4・5・6級 ☐ じん臓機能障害 - 1・3・4級 ・身体障害者手帳番号 () ・身体障害者手帳(再)交付日 (年 月 日) ・再認定の時期 (年 月 日) ☐ 知能指数50以下(愛護手帳1・2・3度) ・愛護手帳番号 () ・愛護手帳交付日 (年 月 日) ・再判定の時期 (年 月 日) ☐ 自閉症状群 ・再判定の時期 (年 月 日) ☐ 精神障害 - 1・2級 ・精神障害者保健福祉手帳番号 () ・精神障害者保健福祉手帳交付日 (年 月 日) ・有効期限 (年 月 日) ☐ 指定難病 ・特定医療費受給者証受給者番号 () ・有効期間 (年 月 日～ 年 月 日)												
健康保険の加入状況	記号番号	記号			番号			枝番						
	被保険者 氏名	☐ 対象者と同じ (年 月 日生) 対象者との続柄()												
	被保険者 住所	☐ 対象者と同じ												
	保険者 番号				保険者 名称					自己負担 割合		割		
備考														

(注)知能指数が 50 以下で愛護手帳をお持ちでない方や自閉症状群と診断された方は、障害の種類及び程度を証明するものを添えてください。

10 視 力	11 視 野	20 聴 平	21 聴 覚	22 平 衡	30 音 言 そ	40 肢 体	41 上 肢	42 下 肢	43 体 幹	44 運 上	45 運 下	50 筋 萎 縮	60 内 部	61 心 臓	62 腎 臓	63 呼 吸	64 膀 直	65 小 腸	66 免 疫	67 肝 臓	70 知 的 障 害	80 自 閉	85 精 神	89 難 病
事由		事由発生年月日(年 月 日) ☐ 障害該当 ☐ 所得更正 ☐ 他市町村からの転入 ☐ 健康保険の資格取得 ☐ 子ども医療・ひとり親医療からの移行 ☐ 生活保護廃止 ☐ 施設退所 ☐ その他()																						
決裁			資格 審査	☐ 認定 ☐ 却下		受理		.		.														
課長		課長補佐		担当者		取得		.		.														
				()		交付		.		.														
		受付				入力		ひとり親要件																
						有		無																