

障害者医療証交付申請書の記載例

障

医療証番号

名

—

・

障害者医療証交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)名古屋市長

対象者 住所 名古屋市 千種区 ○○町2丁目974番地

○○マンション 1棟 201号 方

フリガナ ナゴヤ イチタロウ

[生年月日 S63年 3月 9日]

氏名 名古屋 市太郎

[☎ ○○○ - ○○○○]

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（必要に応じ世帯分を含む。）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。

前年の所得 有(概算 2,340,000 円) 無

障害の種類及び程度等

身体障害 — ①・2・3級 (視覚・聴覚・音言 肢体・内部) [部位 上肢]

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)

対象者の健康保険の加入状況

記名番号	<u>123456789</u> (枝番) <u>01</u>			
被保険者 ・ 組合員 ・ 世帯主	フリガナ	<u>ナゴヤ イチタロウ</u>	対象者 との 続柄	本人
	氏名	<u>名古屋 市太郎</u> [生年月日 <u>S63年3月9日</u>]		
発行機関 〔健康保険 組合等〕	住所	<u>名古屋市千種区○○町2丁目974番地○○マンション1棟201号</u>		
	保険者番号	<u>01230010</u>	対象者の 一部負担 金の割合	<u>3</u> 割
	名称	<u>全国健康保険協会愛知支部</u>		

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。

障害者医療費助成の対象となる本人の住所、氏名等をご記入ください。マンション等の場合は、棟や号まで正確にご記入ください。

障害者医療の対象となる本人の前年(1月から7月までの間は前々年)の所得をご記入ください。
1月1日(1月から7月までの間は前年の1月1日)時点で名古屋市に住所を有していない方は、申請の際に、前年(1月から7月までの間は前々年)の「所得金額」及び「所得控除額」が分かる所得証明書が必要です。

お持ちの障害者手帳等をご確認のうえ、障害者医療の対象となる方の「障害の種類及び程度等」をご記入ください。
なお、申請の際には、障害の種類や程度が分かるもの(手帳等)をご持参ください。

加入している健康保険証をご確認のうえ、ご記入ください。
「枝番」は分からない場合は記入不要です。
なお、申請の際には、加入している健康保険証をご持参ください。

点線部以下は記入しないでください。

10	11	20	21	22	30	40	41	42	43	44	45	50	60	61	62	63	64	65	66	67	70	80	85	89
視	視	聴	聴	平	音	肢	上	下	体	運	運	筋	内	心	腎	呼	膀	小	免	肝	知	自	精	難
力	野	平	覚	衡	言	体	肢	肢	幹	上	下	萎	部	臟	臟	吸	直	腸	疫	臟	障	閉	神	病

事由	事由発生年月日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 障害該当 <input type="checkbox"/> 所得更正 <input type="checkbox"/> 他の市町村からの転入
	<input type="checkbox"/> 健康保険の資格を取得 <input type="checkbox"/> 子ども医療からの移行
	<input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> 施設退所 <input type="checkbox"/> その他 []

決 裁		
課長	係長	係員

資格審査	<input type="checkbox"/> 認定
	<input type="checkbox"/> 却下
[]	

受 理	・	・
取 得	・	・
交 付	・	・
受 付	入 力	ひとり親要件
		有 無