

## 医療証（交付・更新・再交付）申請書

富田林市長 様

下記のとおり、医療証の（交付・再交付）を申請します。  
 なお、申請及び毎年の資格更新に当たり、所得状況等を公募等により確認することに同意します。

※氏名欄には本人が署名をしてください。ワープロでの入力、ゴム印の利用及び代筆の場合は、記名の上押印をお願いします。

			年 月 日
申請者	氏名	続柄	電話
	住所		
医療区分	<input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療 <input type="checkbox"/> 重度障がい者医療		
異動年月日	年 月 日		
交付理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 他公費喪失 ( ) <input type="checkbox"/> 所得変更 <input type="checkbox"/> 障がい認定 <input type="checkbox"/> 新規認定 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
更新理由	<input type="checkbox"/> 年度更新 <input type="checkbox"/> 助成期間延長 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
再交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
受給者	氏 名	生 年 月 日	受給者番号
	年 月 日		
個人番号			

児 童	氏 名	生 年 月 日	受給者番号
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

保 護 者	フリガナ	生 年 月 日	続柄
	氏 名	年 月 日	父 ・ 母 ( )
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	

市処理欄 (※添付書類及び回収した医療証は裏面)

保 険 種 別	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国組 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
所 得 確 認	<input type="checkbox"/> 課税台帳 <input type="checkbox"/> 課税(所得)証明書等 <input type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )		
障がいの状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳      級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B1) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病)受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
助 成 期 間	年 月 日 ~	年 月 日	制度区分      府 ・ 市
証交付状況	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 連絡所		年 月 日
証回収状況	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 期限訂正 <input type="checkbox"/> 返信用封筒		年 月 日

決 裁	課長	課長代理	係長	係員	受付