

様式第1号（第5条関係）

申請日 年 月 日									
受給資格証番号									
①									
②									
③									

特別医療費 交付 申請書  
 受給資格証 更新

連絡先電話番号		-	-
申請者	住所		
	氏名		

大山町長 様  
 本書のとおり、関係書類を添えて申請します。

受給者氏名	申請者との続柄	生年月日	種別 (該当に○)	受給資格証					
				申請年月日	交付年月日	有効期間	摘要		
(フリガナ)	本人・子	年 月 日生	1 身障1・2級所持者 2 重度知的障害者 3 ひとり親家庭 4 小児 5 特定疾病 6 精神	(新規)	. .	. . .			
①		個人番号							
(フリガナ)	本人・子	年 月 日生			(新規)	. .	. . .		
②		個人番号							
(フリガナ)	本人・子	年 月 日生				(新規)	. .	. . .	
③		個人番号							
保険の種類 (該当に○)	被保険者等の記号番号	被保険者又は組合員氏名	受給者との続柄			保険者名称	保険者番号	変更年月日	
協会・国保・船員・国家・地方・私学・高齢	第 号							. .	

今後、この申請に係る決定に必要な範囲で、公簿等により私及び私の世帯全員に係る課税状況、生活保護状況、医療保険加入状況、公費負担医療受給状況、障害者手帳情報等について確認されることを  
 ・承諾します。 ・承諾しません。 \*どちらかを○で囲んでください

年 月 日 (医療受給者が18歳未満の場合は保護者)

受給者(保護者)氏名 \_\_\_\_\_

(注)1 公簿等による課税状況等の確認について承諾しない場合は、確認に必要な書類の提出が別途必要になります。

2 氏名については、記名押印又は署名のいずれかとしてください。