

第1号様式(1)～(4)

重度障害者医療

☐医療証交付申請書      ☐医療証再交付申請書  
☐助成対象資格喪失届      ☐氏名・住所等変更届

(宛先) 川崎市長

申請者  
(住所) \_\_\_\_\_  
  
(氏名) \_\_\_\_\_  
  
(電話) \_\_\_\_\_

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| 年   | 月   | 日   |
| 担 当 | 係 長 | 課 長 |
|     |     |     |

川崎市重度障害者医療費助成制度による医療費助成を受けるに当たり必要な  
限度で、医療証の交付を受けている間、所得状況その他助成に関する事項の  
調査について市長に委任します。

|       |  |
|-------|--|
| 受給者番号 |  |
|-------|--|

| 対 象 者 氏 名     | 生 年 月 日 | 障 害 の 程 度                                                      |
|---------------|---------|----------------------------------------------------------------|
| フリガナ<br>..... | 年 月 日 生 | 1 身体障害1級又は2級<br>2 知的障害重度<br>3 身体障害3級と<br>知的障害中度の重複<br>4 精神障害1級 |
|               | 個 人 番 号 |                                                                |

|        |                                                        |
|--------|--------------------------------------------------------|
| 住<br>所 |                                                        |
|        | ※今年（申請日の属する月が1月から6月までの場合は、前年）の1月1日現在の住所（現住所と異なる場合のみ記入） |

|                       |          |                      |              |             |
|-----------------------|----------|----------------------|--------------|-------------|
| 保<br>険<br>の<br>状<br>況 | 被保険者等の氏名 | 対象者との続柄              | 被保険者等の記号及び番号 |             |
|                       |          | 1 本人    2 その他 (    ) | 記号           | 番号          |
|                       | 保険者番号    | 保険者の名称               |              | 保険加入日       |
|                       |          |                      |              | 年    月    日 |

|            |                                     |             |                                                               |
|------------|-------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------|
| 再交付<br>理 由 | <input type="checkbox"/> 紛失         | 資格喪失<br>理 由 | <input type="checkbox"/> 市外転出 <input type="checkbox"/> 死    亡 |
|            | <input type="checkbox"/> 破損         |             | (    年    月    日 )    (    年    月    日 )                      |
|            | <input type="checkbox"/> 汚損         |             | <input type="checkbox"/> その他 (    )                           |
|            | <input type="checkbox"/> その他 (    ) |             | (    年    月    日 )                                            |

|     |  |
|-----|--|
| 備 考 |  |
|-----|--|