

第1号様式(1)～(4)

重度障害者医療

☒医療証交付申請書
☐助成対象資格喪失届

☐医療証再交付申請書
☐氏名・住所等変更届

(宛先) 川崎市長

申請者

(住所) 川崎市川崎区宮本町 1 番地

(氏名) 川崎 花子

(電話) 044-0000-0000

00 年 00 月 00 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 カワサキ ハナコ 川崎 花子	00 年 00 月 00 日 生	1 身体障害 1 級又は 2 級 2 知的障害重度 3 身体障害 3 級と 知的障害中度の重複 4 精神障害 1 級
	個 人 番 号	0000000000000000

住 所	川崎市川崎区宮本町 1 番地 ※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 険 の 状 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	
	川崎 花子	1 本人 2 その他 ()	記号 00	番号 00000000
	保険者番号	保険者の名称	保険加入日	
	00000000	00健康保険組合	00 年 00 月 00 日	

再交付 理 由	☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ その他 ()	資格喪失 理 由	☐ 市外転出 (年 月 日) ☐ 死 亡 (年 月 日) ☐ その他 (年 月 日)

備 考	
-----	--

※ 個人番号（マイナンバーや通知カード）の写しは同封しないでください。