

高齢重度障害者医療

☐資格適用申請書
☐資格喪失届

☐資格変更届
☐医療証再交付申請書

(宛先) 川崎市長

申請者

(住所)

(氏名)

(電話)

担 当	係 長	課 長

申請年月日	年 月 日
受給者番号	

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、川崎市における所得状況
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。

対 象 者 氏 名		生 年 月 日		障 害 の 程 度	
フリガナ		年 月 日 生		1 身体障害1～2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	
住 所					
保 険 の 状 況	後期高齢者医療 被保険者番号	保 険 者 番 号	保 険 者 名		保 険 加 入 日
					年 月 日
振 込 先	金融機関	銀 行 信 用 金 庫 農 協	支 店 名	店番号	本店 支店
	口座番号	普通 当座	口座名義人 (カタカナで記入)		
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 ()	
	備 考				