

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) 川崎市川崎区宮本町 1 番地

(氏名) 川崎 花子

(電話) 044-000-0000

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、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。

申請年月日	00 年 00 月 00 日
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		00 年 00 月 00 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 川崎市川崎区宮本町 1 番地					
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
	00000000	00000000	00後期高齢者医療広域連合		00 年 0 月 0日
振 込 先	金融機関	0000	銀 行 信 用 金 庫 農 協	店番号 支店名	本店 000 支店
	口座番号	普通 当座	00000000	口座名義人 (カタカナで記入)	カワサキ ハナコ ※対象者本人または 成年後見人の氏名を カタカナで書いてください
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) (年 月 日) ☐ その他 ()	
	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。