

受給者 番号		生計同一 別世帯番号	
-----------	--	---------------	--

重度障害者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請書

本人氏名		生年月日		年 月 日	
住 所			電話		
個人番号(マイナンバー)					
扶養義務者氏名		生年月日	続柄	個人番号 (マイナンバー)	1月1日時点の住所地 (本人の住所と異なる場合に記入)
障害内容	身体障害者手帳	交付年月日	交付番号	障害名	等級
					級
	療育手帳	交付年月日	交付番号	障害の程度	有 期 判 定 (有 期 期 限)
				A ・ B	有 ・ 無
	精神障害者保健福祉手帳	交付年月日	交付番号	等級	有 効 期 限
加入医療保険等	被保険者氏名			記号番号	
	保険者名				
	標準負担額減額認定証等の有無			有 ・ 無	

上記のとおり 身体障害者手帳
 療育手帳 と加入医療保険証を添えて申請します。
 精神障害者保健福祉手帳

○この申請に関し、市民税の所得状況について必要な調査をされることに同意します。

年 月 日

住所
申請者
氏名
(本人との続柄)

長岡市長 磯田 達伸 様

後期高齢者医療 高額療養費及び高額介護合算療養費 (医療費部分に限る。)
国民健康保険 支給申請書兼受領委任状

被保険者記号番号		受給者番号	
被保険者氏名		適用期間	年 診療分から

上記の者について、高額療養費及び高額介護合算療養費 (医療費に係る部分に限る。) に該当し、その支給額が新潟県医療費助成事業 (県単) の助成相当額であるときは、高額療養費並びに高額介護合算療養費 (医療費に係る部分に限る。) の支給の申請及び受領を新潟県国民健康保険団体連合会会長又は長岡市長に委任します。

様 年 月 日

被保険者 氏名 _____
(国保世帯主)

生年月日 大・昭・平 年 月 日