

様式第1号(第3条、第11条関係)

※ 区 分	65～69歳	70～74歳	保 険 区 分	1	2	3	4	5	6	申 請 区 分	新規	障害認定・転入 その他()		
				社 会 保 険	船 員 保 険	国 民 健 康 保 険	共 済 組 合	国 家 公 務 員 組 合	共 済 組 合		地 方 公 務 員 等 組 合	私 立 学 校 教 職 員 組 合	変更	住所・障害の状況・健康保険 その他()
													喪失	死亡・転出 その他()
				※ 受給資格番号								上記の事由発生日		年 月 日
老人医療費助成制度による 重度心身障害者等医療費受給資格認定申請書(変更・喪失届) (宛先)富山市長 住所 申請者 氏名 連絡先(TEL) — 次のとおり重度心身障害者等医療費受給資格の認定(変更・喪失)を申請(届出)します。														
受 給 者	個人番号									生 年 月 日	年 月 日			
	ふりがな													
	氏 名													
	住 所													
※ 受 給 資 格 認 定 年 月 日			年 月 日			☐ 身体障害者手帳(4・5・6)級 ☐ 療育手帳 B ☐ ねたきり・その他								
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 等	ふりがな								生 年 月 日	年 月 日			
		氏 名												
		住 所												
	記 号 ・ 番 号								付加給付		有・無			
世 帯 の 状 況	氏 名		個 人 番 号		年 齢	世帯主との 続 柄	合 計 所 得 金 額		※市確認欄					
					歳		円							
					歳		円							
					歳		円							
					歳		円							
					歳		円							
					歳		円							
	計						円		基準額 未満・以上					

- 注1 受給資格認定事項の変更の場合は、該当する項目のみ記入願います。
- 2 ※は市で記入します。
- 3 個人番号を記入した方について、保険情報を取得する場合があります。