

様式第1号(第3条、第11条関係)

※ 区 分	65～69歳	70～74歳	保 險 区 分	1	2	3	6	申 請 区 分	新規	障害認定・転入 その他()
				社被保者	社被扶養者	国被保一般者	国保組合		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
<p align="center">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)</p> <p>(宛先)富山市長 年 月 日</p> <p align="center">住所</p> <p align="center">申請者 氏名</p> <p align="center">連絡先(TEL) —</p> <p align="center">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。</p>										
受給者		ふりがな						生年月日	年 月 日	
		氏名								
		住所								
※ 受給資格 認定年月日			年 月 日				<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(4・5・6)級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 B <input type="checkbox"/> 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					付加給付	有・無	
被保険者証等の記号・番号					保険者名					
					保険者番号					
世帯の状況	氏名		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。