

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	社被扶養保者	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()						
				上記の事由発生日							
※ 受給資格番号											
<p>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 令和 3 年 4 月 1 日</p> <p style="text-align: right;">住所 富山市新桜町7番38号</p> <div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block; margin: 5px;"> <p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">記入例 (申請・喪失)</p> </div> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 富山 太郎</p> <p style="text-align: right;">連絡先(TEL) 443-2102</p> <p>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	とやま たろう				生年月日	昭和28年 4月 1日			
		氏名	富山 太郎								
		住所	富山市新桜町7番38号								
※		受給資格日 年 月 日				<input checked="" 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	とやま たろう				生年月日	昭和28年 4月 1日		
			氏名	富山 太郎							
	住所	富山市新桜町7番38号				付加給付	有 (無)				
被保険者証等の記号・番号		15●-22▲				保険者名	富山市				
						保険者番号	160010				
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。

※ 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 保 保 者	社 扶 養 保 者	国 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						

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

令和 3 年 4 月 1 日

住所 **富山市新桜町7番38号**

**記入例
(変更)**

申請者 氏名 **富山 太郎**

連絡先(TEL) **443-2102**

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	ふりがな	とやま たろう	生 年 月 日	昭和28年 4月 1日
	氏名	富山 太郎		
	住所	富山市新桜町7番38号		

※ 受給資格 認定 年 月 日	年 月 日	<input checked="" 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	とやま たろう	生 年 月 日	昭和28年 4月 1日
		氏名	富山 太郎		
		住所	富山市新桜町7番38号		
被保険者証等 の記号・番号	15●-22▲	保険者名	富山市	保険者番号	160010

世帯主の続柄	氏名	年齢	合計所得金額	※市確認欄
		歳	円	
		歳	円	

変更する該当箇所(氏名、住所、加入する医療保険)のみ記入する。

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。