

様式第1号(第2条関係、第13条関係)

※ 区 分	0～59歳	60～64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	船	国	共	共	共		変	住所・障害の状況・健康保険 その他()
				会	員	民	国	地	私		喪	死亡・転出 その他()
				保	保	健	家	方	立		上	記の事由発生日
※ 受給資格番号										年 月 日		
重度心身障害者医療費受給資格認定申請書(変更・喪失届) (宛先)富山市長 年 月 日 住所 申請者 氏名 連絡先(TEL) — 次のとおり重度心身障害者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(1級・2級) ☐ 療育手帳 A ☐ 精神障害者保健福祉手帳(1級)					
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						保 険 者 名					
							保 険 者 番 号					
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。