

様式第1号(第2条関係、第13条関係)

※ 区 分	0~59歳	60~64歳	保 險 区 分	1	2	3	4	5	6	申 請 区 分	新規	障害認定・転入 その他( )
				社 保 者	社 保 者	国 保 者	国 保 者	国 保 者	国 保 者		変更	住所・障害の状況・健康保険 その他( )
				保 険 者	保 険 者	保 険 者	保 険 者	保 険 者	保 険 者		喪失	死亡・転出 その他( )
				保 険 者	保 険 者	保 険 者	保 険 者	保 険 者	保 険 者		上記の事由発生日	年 月 日
※ 受給資格番号												
<b>重度心身障害者医療費受給資格認定申請書(変更・喪失届)</b> (宛先)富山市長 <span style="float: right;">令和 3 年 4 月 1 日</span> <div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px 0;"> <b>記入例 (申請・喪失)</b> </div> 住所 <b>富山市新桜町7番38号</b> 申請者 氏名 <b>富山 一郎</b> 連絡先(TEL) <b>443 - 2102</b> 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		ふりがな	<b>とやま いちろう</b>				生 年 月 日	<b>昭和53年 4月 1日</b>				
		氏名	<b>富山 一郎</b>									
		住所	<b>新桜町7番38号</b>									
※ 受給資格 認定年月日			年 月 日				<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( <b>1</b> ) 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A <input type="checkbox"/> 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	<b>とやま いちろう</b>				生 年 月 日	<b>昭和53年4月1日</b>			
			氏名	<b>富山 一郎</b>								
	被保険者証等の 記号・番号		<b>15●-22▲</b>				保険者名	<b>富山市国民健康保険</b>				
						保険者番号	<b>160010</b>					
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。

様式第1号(第2条関係、第13条関係)

※ 区 分	0~59歳	60~64歳	保 險 区 分	1	2	3	4	5	6	申 請 区 分	新規	障害認定・転入 その他( )	
				社 保 保 者	社 保 保 者	国 保 一 般 者	国 保 退 職 者	国 保 退 職 者	国 保 扶 養 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

**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 令和 3 年 4 月 1 日

記入例  
(変更)

住所 **富山市新桜町7番38号**

申請者 氏名 **富山 一郎**

連絡先(TEL) **443 - 2102**

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	ふりがな	<b>とやま いちろう</b>	生 年 月 日	<b>昭和53年 4月 1日</b>
	氏 名	<b>富山 一郎</b>		
	住 所	<b>新桜町7番38号</b>		

※

受 給 資 格 日	年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( <b>1</b> ・ 2 ) 級
		<input type="checkbox"/> 療育手帳 A
		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級

加 入 医 療 保 険	ふりがな	<b>とやま いちろう</b>	生 年 月 日	<b>昭和53年4月1日</b>
	被 保 険 者 等 氏 名	<b>富山 一郎</b>		
	住 所	<b>新桜町7番38号</b>		
被 保 険 者 証 等 号 記 号 ・ 番 号	<b>15●-22▲</b>	保 險 者 名	<b>富山市国民健康保険</b>	
		保 險 者 番 号	<b>160010</b>	

世 帯 的 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	
	<b>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。</b>				
		歳		円	基準額 未満・以上
	計			円	

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。