

記載例

障がい者等医療証交付申請書

※ 太枠内をご記入ください。

20××年 ○月 ○日

注1) 手帳が交付された方の氏名。

ただし、未成年の場合は保護者の方のお名前でご記入ください。

注2) 平日の日中連絡可能な番号をご記入ください。本人以外の場合は、その右にお名前もご記入ください。

申請者（受給者）住所

藤沢市朝日町 1-1

※未成年の場合は保護者の氏名

注1) 藤沢 太郎

電話

注2) 0466 (25) 1111

来庁者 氏名

同上 続柄 本人

次のとおり申請します。なお、この事業に関し必要な、市で保管する住民記録情報、税情報、その他受給可否等に
必要な情報について、市長が利用することに同意します。また、保険者・受診した医療機関等に照会することに同意
します。

受給者	フリガナ	フジヲ 知郎	受給者番号	※ここは記入しないでください。		
	氏名	藤沢 太郎				
	生年月日	19××年 ○月 ○日		住所(施設名及び施設住所)	藤沢市朝日町 1-1	
加入医療保険	フリガナ	フジヲ 知郎	後期高齢者医療制度の場合は記号なし。			
	被保険者氏名	藤沢 太郎				
	被保険者証	記号 06	番号	1234567		
	保険者番号	140061				
	保険者名	藤沢市国保	必ず、健康保険証の写しを同封してください。			

申請（決定）事由	1. 障がい認定	障がい情報	障がい者手帳交付日	年	月	日
	2. 転入		級			
	3. 保険加入		療育手帳	年	月	日
	4. 生保廃止		級			
	5. 施設退所					
	6. その他					
資格取得日	年	月				

自治体記入欄

窓口に来た方	☐ 申請者本人 ☐ その他()	
本人確認	(1点)障がい者手帳 マイナポータル (2点)健康保険証 介護保険証 登記事項証明書(後見人)	
来庁者住所		
備考		
新証	交付済	郵送希望
旧証	回収済	未回収 証返還案内 済・未

来庁者欄は、受給者本人以外の方が記入する場合は、記入する方の氏名と受給者本人との続柄をご記入ください。

※家族または成年後見人、保佐人以外の方が記入せざるを得ない場合は、必ず事前に担当課へご連絡ください。

※成年後見人または保佐人が記入する場合は登記事項証明書の写しと身分証等（顔写真付き）の写しを同封してください。