

障がい者等医療証交付申請書

				年	月	日
藤 沢 市 長						
申請者（受給者）住所						
※未成年の場合は保護者氏名						
電話				()		
来庁者氏名				続柄		
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			受 給 者 番 号		
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	住 所(施設 名及び施設 住所地)	
加 入 医 療 保 険	フリガナ					
	被 保 険 者 氏 名					
	被 保 険 者 証	記 号			番 号	
	保 険 者 番 号					
	保 険 者 名					
申請(決定)事由		1. 障がい認定 2. 転入 3. 保険加入 4. 生保廃停止 5. 施設退所 6. その他	障がい情報	障がい者手帳交付日 療育手帳 精神障がい手帳交付日 その他(	年 月 日 級 年 月 日 級 年 月 日 級)	
資格取得日		年 月 日				

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 マイナンバーカード 免許証 介護支援専門員証 パスポート (2点) 健康保険証 介護保険証 各種医療受給者証 弁護士等身分証明書 社員証等 登記事項証明書(後見人等) 年金手帳 その他()						
来 庁 者 住 所							
備 考							
新 証	交付済	郵送希望		受付	発行	入力	審査
旧 証	回収済	未回収 証返還案内 済・未	担当者				