

受給者番号	
-------	--

重度障害者（児）医療費助成金受給者証更新申請書

障害者（児）氏名 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話 _____
--

加入 医療 保険	被保険者証		被保険者又は組合員の氏名	附加給付	
	記号番号			有・無	
	保 険 者	所在地			
		名称			

現在の生活の状況について、下記のいずれかに○を記入し、施設入所中及び入院中の方は入所年月日、施設名などをご記入ください。

↓いずれかに○を記入してください。

	施設入所中	いつから	年	月	日頃	施設名（	）	施設所在地市町村名（	）
	入院中	いつから	年	月	日頃	病院名（	）		
	在宅								

上記のとおり重度障害者（児）医療費助成金受給者証の更新を申請します。

また、助成金支給決定のため、以下の事項について同意いたします。

- 1 障害者及び扶養義務者等の所得額、住民税・所得税の課税状況について、沼津市長が税務関係当局に証明（報告）を求めること。
- 2 障害者及び扶養義務者等が受けるその他の医療費に対する助成について、沼津市長が加入医療保険者等に証明（報告）を求めること。

(宛先) 沼 津 市 長

年 月 日

〒

住 所

申 請 者

氏 名

(障害者（児）が20歳未満の場合は保護者の氏名)