記入見本

障害者医療医療証交付兼更新申込書

（あて先）　豊中市長

○対象者（本人または代理人自署）

住　　所	豊中市中桜塚3丁目1番1号							
氏　　名	豊中　一郎							
生年月日	昭和32	年	1	月	1	日	電話	06－0000－0000
保険者名称								

なお、医療証交付、更新の手続きのために医　　期間中は、対象者の市民税課税台帳の

○○府（都道県）後期高齢者医療広域連合、○○市（町村）国民健康保険、○○健康保険組合、全国健康保険協会○○支部、○○国保組合、○○共済組合など

手帳、精神障害者保健

令和　6　年　●　月　●　日 ☑

同意日を記入し□に✓を付けてください

○申込者　※対象者と同一の場合は記入不要

住　　所			
氏　　名			
受給者との続柄		電話	

申込者が異なる場合のみ記入ください

○保護者（対象者が18歳未満の場合のみ記入）　※申込者と同一の場合は記入不要

氏　　名		続柄	

○　申込の理由

(1): 新規申請
2: 転　　入（　　・　　・　　府内・府外）
3: 更　　新（　　）
4: そ の 他（　　）

○　該当要件

(1): 身体障害者手帳
2: 療育手帳
3: 精神障害者保健福祉手帳１級
4: 指定難病（特定疾患）受給者証所持で障害年金（または特別児童扶養手当）１級に該当

（以下市記入欄）

資格取得（更新）日	年　　月　　日	受給者番号								保
交付した証の期間							日			
前回の証期限	（更新の									手
端末入力日	備					受付	受付			
										受
										年

この欄は市の担当者が記入します

202412