



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			
氏 名			
生 年 月 日	年	月	日 電話
保 険 者 名 称			

下記のとおり関係書類を添えて、医療証の交付・更新の申込みをします。
なお、医療証交付・更新の手続きのために医療証の対象となる期間中は、対象者の市民税課税台帳の所得情報、被保険者資格情報、申し込みの根拠となった身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳および各種公費負担制度の資格情報を調査することに同意します。

年 月 日 ☐
同意日を記入し口に✓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	

○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 手 受 年	
交付した証の期間	年 月 日 ~	年 月 日								
前 回 の 証 期 限	(更新の場合のみ記入) 年 月 日									
端末入力日	備 考						事前受付	受付		