

(別紙3)

別記第29号様式 (第29条の2の2第1項関係)

課長	課長補佐	係長	主査	担当	決定年月日	文書分類番号	05	05	02	03	文書取扱主任
					R年 月 日	保存年	1・3・⑤・7・10・永				
1 下記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 下記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給資格を付与する。 3 次の理由により下記申請を却下する。											
(有効期限					
						R年 月 日 ~ R年 月 日					
						R年 月 日 ~ R年 月 日					

重度心身障害者医療費受給者証交付 (更新) 申請書

令和7年8月20日

滝川市長 様

住所 滝川市 大町 1 丁目 2 番 15 号
番地

障初	障課
老初	老課 老課停

申請者 氏名 滝川 太郎
 対象者との続柄 本人
 連絡先 電話 123 - 4567 - 8912

滝川市民福祉条例第3条の2の規定により重度心身障害者医療費受給者証の交付 (更新) を申請します。

受給者番号				宛名番号								
対象者	フリガナ	タキカワ タロウ						住所 滝川市大町1丁目2番15号				
	氏名	滝川 太郎										
	生年月日	平成10年1月1日										
	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
主たる生計維持者	フリガナ							住所				
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者と同じ										
	生年月日	年 月 日										
	対象者との続柄											
	個人番号											
身体 の 状 況	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳	1 種 1 級						交付年月日 令和7年8月19日				
	<input type="checkbox"/> 療育手帳	A ・ B						番号 北海道 第 号				
	<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳	1 級						有効期限/再認定日 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> その他											
医療 保 険	種別	協・組・共 国・後			保険者名		滝川市					
	記号	滝川			番号		1234		枝番		56	
	被保険者 (世帯主)	滝川 太郎						資格取得 年月日		令和5年1月1日		
備考	同日公簿確認済						付加給付		有 ・ 無			
所得額												

(別紙3)

別記第29号様式の2 (第29条の2の2第2項関係)

同意書

滝川市長 様

下記の者は、滝川市長が重度心身障害者医療費受給者証の交付に係る医療保険各法による被保険者若しくは組合員又は被扶養者であることの証明及び負担割合並びに所得制限の判定のため、医療保険の種別・記号番号、所得等の状況について公簿等により確認（個人番号を利用した被保険者等区分・番号及び地方税関係情報等の取得を含む。）することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り同意することを申し添えます。

【同意期間】 本同意は、重度心身障害者医療費受給資格を有している期間とする。

【同意年月日】 令和 7 年 8 月 20 日

同意者	フリガナ	タキカワ タロウ	対象者との続柄	本人											
	氏名	滝川 太郎	生年月日	平成10年 1 月 1 日											
			個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	住所	滝川市大町1丁目2番15号	1月1日の住民登録地												
		今年	都道府県	北海道	市区町村	滝川市									
		前年	都道府県	北海道	市区町村	滝川市									
同意者	フリガナ	タキカワ ハナコ	対象者との続柄	妻											
	氏名	滝川 花子	生年月日	平成10年 1 月 1 日											
			個人番号	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上	1月1日の住民登録地												
		今年	都道府県	北海道	市区町村	滝川市									
		前年	都道府県	北海道	市区町村	滝川市									
同意者	フリガナ	タキカワ イチロウ	対象者との続柄	子											
	氏名	滝川 一郎	生年月日	令和7年 8 月 19日											
			個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上	1月1日の住民登録地												
		今年	都道府県		市区町村										
		前年	都道府県		市区町村										
同意者	フリガナ		対象者との続柄												
	氏名		生年月日	年 月 日											
			個人番号												
	住所	<input type="checkbox"/> 同上	1月1日の住民登録地												
		今年	都道府県		市区町村										
		前年	都道府県		市区町村										
同意者	フリガナ		対象者との続柄												
	氏名		生年月日	年 月 日											
			個人番号												
	住所	<input type="checkbox"/> 同上	1月1日の住民登録地												
		今年	都道府県		市区町村										
		前年	都道府県		市区町村										

記入要領

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 2 代理人が同意書に記入する場合、本人からの委任状を添付してください。
- 3 同意者の数が署名欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。