



障害者医療費受給者証（交付・更新）申請書

Table with 2 columns for system input

※申請日、申請者欄及び太枠の中のみご記入ください。
受給者が20歳未満のときは、申請者は保護者をお願いします。

令和 年 月 日

(宛先)西尾市長

申請者 住 所 西尾市

氏 名

電話番号

私は、障害者医療費受給者証の交付に必要な関係公簿を調査すること及び医療費が高額療養費又は付加給付に該当する場合、保険者に対して保険給付の支給状況を確認すること並びに私に保険者から直接高額療養費が支払われた場合、西尾市に当該金額を返納することに同意します。

Main application form table with fields for recipient number, address, name, birth date, insurance details, and medical certification.

届出者確認：申請者本人・同居親族・その他 申請者との関係 ()