

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

弟子屈町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(自署の場合は押印を省略できます。)

個人番号 _____

対象者との続柄 _____ 電話番号 _____

下記のとおり、重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。

記

※受給者番号									
申 請 内 容	対 象 者 の 状 況	住 所							
		フリガナ				個人番号			
		対 象 者				電 話 番 号			
		生年月日		年 月 日 (歳)		電 話 番 号			
	対 象 者 の 状 況	住 所							
		フリガナ				個人番号			
		世 帯 主				電 話 番 号			
		対象者との続柄				電 話 番 号			
	受 給 資 格 要 件 の 状 況	身体障害者 手 帳		交付年月日		年 月 日		身体障害の 等 級	1・2・3 級
		知能 指数 の 判 定	療育 手帳	交付年月日		年 月 日		判 定	A・B
			判 定 (診 断)	判 定 (診 断)		判 定 (診 断)		判 定	重度・中度・軽度
		医 療 保 険	種 別	協・組・日・船・共・国		記号・番号		付加給付	有・無
			被 保 険 者 (世 帯 主)			被 保 険 者 証 発 行 機 関			
	添 付 書 類		知的障害者については、「重度心身障害者認定診断書」又は「判断書」						
同 意	資格の認定に必要な関係公簿等の確認に同意します。				氏 名	印			
※ 決 定 欄									
所得金額	円		生計維持者	()					
1 上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 次の理由により上記申請を却下する。									
却下 理由	1 所得オーバー 2 未申告 3 その他 ()								
課 長					決定年月日	年 月 日			
					証交付年月日	年 月 日			