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

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							
		生年月日	年　月　日　（　歳）		電話番号				
		住　　所							
		フリガナ			個人番号				
		世帯主							
		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 番　　号	年　月　日 第　　号	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 番　　号	年　月　日 第　　号	判定	A・B		
			判定(診断)	判定（診断）年月日 判定（診断）機関名	年　月　日	判定	重度・中度・軽度		
		医療保険	種　別	国・組・健・協・共・後	記号・番号		付加給付	有・無	
			被保険者（世帯主）		保険者				
		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