

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		電話番号								
		生年月日		年 月 日 (歳)								
	対象者の状況	住 所										
		フリガナ		個人番号								
		世帯主		電話番号								
	受給資格要件の状況	対象者との続柄		電話番号								
		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)年月日		年 月 日		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			