

別紙

別記第1号様式

対象者の保険証をお忘れなく！（国保・後期の方は必要ありません）

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

令和 ○○ 年 △△ 月 □□ 日

弟子屈町長 様

記入する氏名は、世帯主もしくは、生計維持者の氏名となります。対象者が世帯主の場合は、対象者の氏名を記入してください。

申請者 住所 弟子屈町中央2丁目3番1号
氏名 弟子屈 草太 印
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 **黒マル枠部分の記入をお願いします。**

※ 受給者番号		1 2 3 4 5 6 - 7					
申	対象者の状況	住所	フリガナ	テシカガ ハコ	個人番号	○○○○ ○○○○ ○○○○	
		対象者	弟子屈 花子	電話番号	012-345-6789		
		生年月日	昭和25年6月1日（60歳）				
		住所	弟子屈町中央2丁目3番1号				
請		フリガナ	テシカガ ソウタ	対象者との続柄			
		世帯主	弟子屈 草太	電話番号	012-345-6789		
内	受給資格要件の状況	身体障害者手帳	交付年月日	平成20年 4月 1日	身体障害の等級	1・2・3級	
			番号	北海道第12345号			
		知能指数の判定	療育手帳	交付年月日	判定	A・B	
			番号				
		判定（診断）	判定（診断）年月日	判定（診断）機関名	総合判定（診断）	重度・中度・軽度	
容	医療保険	種別	協会	記号番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8	附加給付 有・無	
		被保険者（世帯主）	弟子屈 草太	被保険者証発行機関	全国健康保険協会 ○○○支部		
		添付資料	知的障害については、「重度心身障害者認定診断書」は「判定書」				
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	弟子屈 草太 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	補佐	係長	係	決定年月日	年	月 日	
				証交付年月日	年	月 日	