

記入見本

黒枠部分の記入をお願いします

**対象者の保険証をお忘れなく！
(国保・後期の方は不要)**

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

申請者氏名は、世帯主もしくは生計維持者の方の氏名となります。対象者が世帯主の場合は対象者の氏名を記入して下さい。

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**
個人番号 ○○○○ ○○○○ ○○○○
対象者との続柄 **本人** 電話番号 **482-1234**

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		1234567				
受給資格者の状況	住所	対象の方の住民票上の住所				
	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	015-482-1234	
	生年月日	昭和25年6月1日(60歳)		電話番号	015-482-1234	
	住所	弟子屈町中央2丁目3番1号				
	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	015-482-1234	
	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	
	判定(診断)	判定(診断)年月日	判定	重度・中度・軽度		
		判定(診断)機関名				
医療保険	種別	国・組・健・協・共・後	記号・番号	012345678	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」又は「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						()
1 上記申						る
2 次の理						
却下理由	1.					()
	3.					
課長	補佐	係長	係	決定年月日	年 月 日	
				証交付年月日	年 月 日	

上記の申請者氏名に記載した方と同一の方の氏名と押印をお願いします。