

重度心身障害者医療費受給資格認定申請書

江差町長 様

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。

年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____ (対象者との続柄 _____)

記

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------|---|-------------------------|--------------------|------------|--------------------|-------|---|--|--|-----------|--|--|----------|---|---|
| ※ 受 給 者 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申 請 内 容 | 対象者の 状況 | フリガナ | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | |
| | | 対 象 者 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | 生年 月日 | 年 | 月 |
| | 世帯主 | フリガナ | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | |
| | | 氏 名 | | | | | | | | | | | | (対象者との続柄) | | | | | |
| | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 主たる 生計 維持者 | フリガナ | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | |
| | | 氏 名 | | | | | | | | | | | | (対象者との続柄) | | | | | |
| | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受 給 者 資 格 要 件 の 状 況 | 身 体 障 害 者 帳 の 知 能 指 定 数 | | 交付年月日 番 号 第 号 | | 年 | 月 | 日 | 身 体 障 害 者 の 等 級 | | 級 | | | | | | | | |
| 療 育 手 帳 | | 交付年月日 番 号 第 号 | | 年 | 月 | 日 | 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 | 総 合 判 定 (診 断) | | 重度・中度・軽度 | | | | | | | | | | |
| 精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳 | | 交付年月日 番 号 第 号 | | 年 | 月 | 日 | 精 神 障 害 者 の 等 級 | | 級 | | | | | | | | | | |
| 医 療 保 險 | | 種 別 | | 協・組・日・船・共・国・ 後 | | 記号 番号 枝番 | | 附 加 給 付 | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | |
| | | 被 保 險 者 (世 帯 主) | | | | 被 保 險 者 証 発 行 機 関 | | | | | | | | | | | | | |
| 添 付 書 類 | | 身体障害者手帳・療育手帳・診断書・判定書・精神障害者保健福祉手帳・保険証 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|----|--|----|--|---|--|-------|---|---|---|
| ※ 決 定 欄 | 課長 | | 主幹 | | 係長 | | 係 | | 決定年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 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 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|---|---|---|
| ※ 確 認 事 項 | <input type="checkbox"/> 世帯状況 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 所得状況 <input type="checkbox"/> 生活保護 | | | | | | | | 確 認 年 月 日 | | 年 | 月 | 日 |
| | <input type="checkbox"/> その他 [_____] | | | | | | | | 確 認 者 | | | | |

(注) 申請者は※欄は、記入しないでください。