

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 日 (歳)				
	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 年 月 日 番 号 第 号												身 体 障 害 者 の 等 級		級					
療 育 手 帳		交付年月日 年 月 日 番 号 第 号												判 定		A ・ B							
判 定 (診 断)		判定診断年月日 年 月 日 判定診断機関名												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 年 月 日 番 号 第 号												精 神 障 害 者 の 等 級		級							
医 療 保 険		種 別		協・組・日・船・共・国・ 後				記号 番号 枝番												附 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		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。