

重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

浜中町長 様

申請者 住所

氏名

印

対象者との続柄

下記のとおり重度心身障がい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 | 対象者のフリガナ | 対象者 | 住所 | | | | |
| | | 個人番号 | | | | | |
| | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | (歳) | |
| | 対象者のフリガナ | 世帯主 | 住所 | | | | |
| | | 個人番号 | | | | | |
| | | 対象者との続柄 | | | | | |
| 受給資格要件 | 身体障害者手帳 | 交付年月日 | 年 | 月 | 日 | 身体障害の等級 | 級 |
| | 精神障害者手帳 | 交付年月日 | 年 | 月 | 日 | 精神障害の等級 | 級 |
| 判定指数 | 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 | 総合判定(診断) |
| 医療保険の状況 | 種別 | 国保・国保組合 協会けんぽ・健保組合 船保・共済・後期 | 保険者名 | | | | |
| | | | 記号番号 | | | | |
| | 附加給付 | 有・無 | 被保険者(世帯主) | | | | |
| | 添付書類 | | | | | | |
| ※ 町長 | 副町長 | 課長 | 係長 | 係 | 決定年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 決定欄 | 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 | | | | | | |

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

| | |
|------|---|
| 同意事項 | <p>制度対象期間終了まで、受給者及び受給者の属する世帯員の所得状況等について確認されることに同意します。</p> <p>申請者 住所 氏名 電話</p> |
|------|---|

印