

重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

浜中町長 様

申請者 住所 浜中町霧多布東4条1丁目35番地1  
氏名 浜中 花子  
対象者との続柄 本人



未成年者の場合は保護者となります。

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	ハマナカ ハナコ				
	対象者の氏名	浜中 花子				
	対象者の個人番号	222222222222				
	対象者の生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳)				
	世帯主のフリガナ	ハマナカ タロウ				
	世帯主の氏名	浜中 太郎				
世帯主の個人番号	111111111111					
世帯主の対象者との続柄	夫		住所 同上			
申請内容	身体障害者手帳	交付年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	身体障害の等級	2級	
	精神障害者手帳	交付年月日	年 月 日	精神障害の等級	級	
	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)	重度・中度・軽度	
	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	浜中町	
				記号番号	浜中-〇〇〇〇	
		附加給付	有・無	被保険者(世帯主)	浜中 太郎	
※ 町長	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						

手帳の内容を記入してください。

対象者の保険証の内容を記入してください。

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

同意事項	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。 申請者 住所 浜中町霧多布東4条1丁目35番地1 氏名 浜中 花子 電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
------	---

