

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

平成〇〇年△△月□□日

厚真町長 様

申請者 住所 厚真町 京町〇〇番地
氏名 厚真 一郎 押印
TEL 090-〇〇〇〇-△△△△
対象者との続柄 父

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							
申請内容	対象者の状況	フリガナ	アツマ タロウ	住所				
		対象者	厚真 太郎	住所	厚真町 京町〇〇番地			
		生年月日	昭和(平成)〇年△月□日生(〇歳)					
		フリガナ	アツマ イチロウ	住所				
		世帯主	厚真 一郎	住所	厚真町 同上			
	対象者との続柄	父						
申請内容	受給資格要件の状況	身体障害者手帳	交付年月日 〇年△月□日 番号 第〇〇〇〇〇号	身体障害の等級	1 級			
		精神障害者保健福祉手帳	交付年月日 年 月 日 番号 第 号	精神障害の等級	級			
		知能指数の判定	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		
		医療保険	種別	政・組・日・船・共・国・後	記号番号	厚真-〇〇〇〇	付加給付	有・無
			被保険者(世帯主)	厚真 一郎		被保険者証発行機	厚真町	
	高齢者の医療の確保に関する法律	医療受給者証番号	資格取得月日	年 月 日				
	添付書類							
※	決定欄	課長	主幹	主査	担当	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						

該当する資格を記入

該当する医療保険を記入

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

※この申請につき、町民福祉課町民生活グループ担当職員が総務課課税台帳を閲覧することに同意します。

課税台帳により確認	確認	初・課
年 月 日	印	町・道