

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

平成 年 月 日

厚真町長 様

申請者 住所 厚真町

氏名 印

TEL - -

対象者との続柄

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								住所										
		対象者								厚真町										
		生年月日		昭和・平成		年		月		日生(歳)										
		フリガナ								住所										
		世帯主								厚真町										
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		年		月		日		身体障害の等級		級						
		精神障害者保健福祉手帳		交付年月日		年		月		日		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		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	種別		政・組・日・船・共・国・後		記号番号				付加給付		有・無							
			被保険者(世帯主)				被保険者証発行機		関											
		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																				

(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