

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 

T E L 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	フ リ ガ ナ	アツマ タロウ				住所 厚真町 京町〇〇番地		
	対 象 者	厚真 太郎						
	生 年 月 日	昭和(平成)〇年△月□日生(〇歳)				住所 厚真町 同 上		
	フ リ ガ ナ	アツマ イチロウ						
	世 帯 主	厚真 一郎				厚真町 同 上		
	対象者との続柄	父						
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		
	知能指數 の 判 定 (診 断)	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			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 関	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							

(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。

該当する資格を記入

該当する医療保険を記入

課税台帳により確認		確認	初・課
年 月 日		印	町・道