

## 重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

厚真町長 様

申請者 住所 厚真町

氏名 ㊟

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		年		月		日生( 歳)								
		フリガナ								住所						
		世 帯 主								厚真町						
対象者との続柄																
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