

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

寿都町長 様

申請者 住 所
氏 名
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													
		生 年 月 日	年 月 日 (歳)												
		フリガナ											住所		
		世 帯 主													
	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			
		知能指数の判定	療 育 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 判 定 (診 断)	重度・中度・軽度					
		医療保険	種 別	政・組・日・船・共・国				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						
老人保健法			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		補佐		係長		係		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。

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いたします。 氏名	印
------	--	---