

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

印

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 状 の 状 況	対 象 者 の フ リ ガ ナ	フリガナ								住所					
	対 象 者														
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)													
	フ リ ガ ナ	フリガナ								住所					
	世 帯 主														
	対 象 者 と の 続 柄														
請 内 容	身 体 障 害 者 手 帳	交 付 年 月 日	年 月 日				身 体 障 害 の 等 級	級							
		番 号	第 号												
	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・高				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			係 長			係			決 定 年 月 日	平 成 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	<p>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について確認されることに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>
------	---