

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

赤平市長 様

申請者 住所
氏名
対象者との続柄 ㊟

次のとおり、重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。
 なお、受給資格の認定にあたって、受給資格の期間において必要な私及び私の世帯員の所得・課税状況について調査されることに、全員承諾しますので代表し同意します。 ㊟

※受給者番号													
申	対象者の状況	フリガナ								住所			
		対象者											
		生年月日		年 月 日生 (歳)									
請	対象者の状況	フリガナ								住所			
		世帯主											
		対象者との続柄											
内	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			
		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				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				資格取得年月日		年 月 日			
容	況	添付書類											
決	定	課長		主幹		係長		係		決定年月日		年 月 日	
		1 上記申請内容を審査の結果、相当と認められたので受給者証を交付する。 (資格取得年月日 年 月 日)											
		2 次の理由により上記申請を却下する。											
欄	却下理由												

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。