

様式第1号(第5条関係)

決 裁					担 当 者	受 付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決 裁	年 月 日
受 給 資 格 の 判 定	要 重度心身障害者医療費助成対象者と認定し受給者証を交付してよろしいか。					否 (理由)	

重度心身障害者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請書

本 人 氏 名		性 別	男 女	生 年 月 日		年 月 日
個 人 番 号						
世 帯 主 氏 名		本 人 と の 続 柄		職 業		
個 人 番 号						
住 所						
障 害 内 容	身 体 障 害 者 手 帳	交 付 年 月 日	交 付 番 号	障 害 名	等 級	
					級	
	療 育 手 帳	交 付 年 月 日	交 付 番 号	障 害 の 程 度	有 期 判 定 (有期期限)	
				A ・ B	有 ・ 無 ()	
	精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳	交 付 年 月 日	交 付 番 号	障 害 の 程 度	有 効 期 限	
			級			
	そ の 他					
加 入 医 療 保 険 証 等	保 険 種 別	国(一・退)・政(一・日)・組(一・退)・共・船・後期			本 人 ・ 家 族	
	被 保 険 者 氏 名			記 号 番 号		
	保 険 者 名			所 在 地		
		標 準 負 担 額 減 額 認 定 証 等 の 有 無			有 ・ 無	

上記のとおり 身体障害者手帳 療育手帳 と加入医療保険証等を添えて申請します。
精神障害者保健福祉手帳

年 月 日

申請者 住所

氏名

(本人との続柄)

電話番号

燕市長 様