

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 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
精神障害者保健福祉手帳
と加入医療保険資格情報が分かる書類等を添えて申請します。

年 月 日
申請者 住所

氏名

(本人との続柄)

電話番号

燕市長 様