

別記様式第 1 号

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

鶴居村長 殿

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 □上記と同一			
		対 象 者															
		個 人 番 号															
		生 年 月 日		年 月 日										TEL - -			
		フリガナ												住 所 □上記と同一			
		保 護 者															
		個 人 番 号															
	対象者との続柄												TEL - -				
	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 手	育 帳	交付年月日		年 月 日		判 定		A ・ B						
			番号		第 号												
		判定(診断)	判定(診断)年月日		年 月 日		総 合 判定		重度・中度・軽度								
			判定(診断)機関名														
精神障害者保健福祉手帳		交付年月日		年 月 日		精神障害の等級		級									
番号		第 号															
医療保険	種 別	政・組・日・船・共・国・高				記号番号			附加給付	有・無							
	被保険者(世帯主)						被保険者証発行機関										
	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。