

様式第1号 (第2条関係)

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

様

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		
		対象者				
		生年月日		年 月 日生 (才)		
		フリガナ		住所		
	世帯主					
	対象者との続柄					
	受給資格要件	身体障害者帳		交付年月日 平成 年 月 日	身体障害の級	級
		番号	第 号			
		療手	育帳	交付年月日 年 月 日	判定	A ・ B
	状況	知能指数の判定		判定(診断)年月日 年 月 日	総判定	合判定
判定(診断)		判定(診断)機関名	(診 断)	重度・中度・軽度		
医療保険		種 別	政・組・日・船・共・国	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		
老人保健法		医療受給者証番号		資格取得日	平成 年 月 日	
添付書類		身体障害者手帳				
※決定欄	課長		補佐		係長	
					係	
			決 定 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。