

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

西興部村長

殿

申請者 住所
氏名
対象者との続柄

印

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	対象者の状況	フリガナ ----- 対 象 者	住所			
		生年月日		年 月 日生(歳)		
		フリガナ ----- 世 帯 主		住所		
	対象者との続柄					
	請	受給資格要件	身体障害者手帳	交付年月日 年 月 日 番号 第 号	身体障害の等級	級
知能指数の判定			療養手帳	交付年月日 年 月 日 番 号 第 号	判 定	A ・ B
		判 定 (診断)	判定(診断)年月日 年 月 日 判定(診断)機関名	総 合 判 定 (診断)	・重 度 ・中 度 ・軽 度	
容		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	医療給付者証番号	資格取得月日	年 月 日	
	添付書類					
決	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。					
欄	却下理由					

(注) 申請書は 欄は記入しないでください。