

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

幌延町長 様

申請者 住所 天塩郡幌延町

氏名

⑩

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	ふりがな 対象者											
		個人番号											
		生年月日		年 月 日 (歳)		住所 天塩郡幌延町							
		性別		男 ・ 女									
	ふりがな 世帯主												
	個人番号												
	生年月日		年 月 日 (歳)		住所 天塩郡幌延町								
	受給資格要件の状況	身体障害者 手帳		交付年月日 番号		年 月 日 第 号		身体障害者 の等級		級			
		知能指数の判定	療育 手帳		交付年月日 番号		年 月 日 第 号		判定		A ・ B		
			判定 (診断)		判定(診断)年月日 判定(診断)機関名		年 月 日		総合判定 (診断)		重度・中度・軽度		
		医療 保険	種別		政・組・日・船・共・国・後			記号 番号		付加 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		主幹		係長		担当		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。

(※ 様式の年号等については、本書作成のため修正した。以下本書の様式の年号等については同じである。)