

重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

七飯町長 様

住所 七飯町

申請者 氏名

受給者との続柄

電話番号

下記のとおり重度心身障がい者医療費受給者証の交付を申請します。

台帳		電算	
----	--	----	--

※受給者番号		※有効期限（自） 年 月 日～（至） 年 月 日					
		精神の期限は手帳と同様					
申請内容	対象者の状況	対象者	氏名	住所			
			生年月日	年 月 日(歳)			
			個人番号				
	対象者の主たる生計維持者	氏名	住所				
		生年月日	年 月 日	続柄			
		個人番号					
	交付事由	<input type="checkbox"/> 新規取得 <input type="checkbox"/> 手帳更新 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	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	
		知能指数判定	療育手帳	交付年月日	年 月 日	判定	A・B
			判定(診断)	判定(診断)年月日	年 月 日	総合判定(診断)	重度・中度・軽度
精神保健福祉手帳		交付年月日	年 月 日	障害の等級	級		
		有効期限	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日				
医療保険		種別	協・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	後期資格取得年月日	年 月 日	
添付書類	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 所得課税証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()						
入通院の申し立て	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日取得) <input type="checkbox"/> 無						
※決定欄	課長	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※欄は記入しないで下さい。