

重度(障老)心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

枝幸町長 様

申請者 個人番号  
住所  
氏名  
(電話番号)



下記のとおり、重度(障老)心身障害者医療費受給者証の交付(更新)を申請します。

受給者番号						
申請内容	対象者	ふりがな		性別		
		対象者		男・女	個人番号	
		生年月日		(満 歳)	居住地	枝幸町
	受給資格要件の状況	配偶者又は生計維持者	ふりがな		個人番号	
			対象者との続柄		居住地	枝幸町
		身体障害者手帳	交付年月日 番 号	北海道	身体障害の等級	種 級
受給資格要件の状況	知能判定	療育手帳	交付年月日 番 号	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
	医療保険種別	町国保、国保組合、協会けんぽ、健保組合、共済、後期、その他( )		記号番号		
	被保険者証発行機関名			被保険者		
後期高齢者医療被保険者番号				発効期日		
同意事項			今後の受給対象者世帯の生計維持者の所得状況等の確認に同意します。		印	
添付書類						
決定欄	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。				受付印	
	2 次の理由により、上記申請を却下する。 (理由 )					
	3 その他 ( )					

所得公簿確認

(確認日 . . )