

## 重度心身障がい者医療費受給資格 認定兼受給者証交付申請書

ふりがな 本人氏名						生年月日	年 月 日			
個人番号										
世帯主氏名						本人との続柄	職業			
住 所						電話				
障がい内容	身体障害者手帳	交付年月日	交付番号	障がい名		等 級				
						級				
	療育手帳	交付年月日	交付番号	障がいの程度		有期判定 (有期期限)				
				A ・ B		有・無 ( ・ )				
	精神障害者保健福祉手帳	交付年月日	交付番号	障がいの程度		有効期限				
	その他									
加入医療保険証等	保険種別	国(一・退)・政(一・日)・組(一・退)・共・船・後期				本人・家族				
	被保険者氏名				記号番号					
	保険者名				所在地					
	標準負担額減額認定証等の有無				有 ・ 無					
扶養義務者等 【同一世帯に限ります】	氏 名	個 人 番 号								

身体障害者手帳

上記のとおり 療育手帳 と加入医療保険証等を添えて申請します。

精神障害者保健福祉手帳

年 月 日

住 所

申請者

氏 名

(本人との続柄 )

(宛先) 三条市長