

重度心身障がい者医療費受給者証申請書

年 月 日

夕張市長様

申請者 住所
 名前 印
 対象者との続柄()
 電話 (—)

次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。
 なお、資格の認定等に必要な公簿を閲覧されることについて異議ありません。

※受給者証番号							
申請内容	対象者の状況	フリガナ			住所 電話(—)		
		氏名					
		個人番号					
		生年月日	年 月 日生	男・女			
	世帯主	フリガナ			住所 電話(—)		
		個人番号					
		対象者との続柄					
	受給者資格要件の状況	身体(精神)障害者手帳番号	交付年月日	年 月 日	身体(精神)障がいの等級	級	
		知能指数の判定	療育手帳番号	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
医療保険		種別	政・組・日・船・共・国・国組		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		
	後期高齢者	被保険者証番号		資格取得年月日			
取得状況	添付書類						
	取得年月日						
	取得事由	転入/手帳交付(身障・療育・精神)/生活保護廃止/その他()					
	有効期間	年 月 日～		年 月 日			
※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(更新)する。 2 次の理由により上記申請を却下する。				決定年月日		
	却下理由				年 月 日		

(注) 申請書は※欄は記入しないでください。

決裁	課長	主幹	係長	主査	係