

# 重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書

平成 年 月 日

南 幌 町 長 様

申請者 住 所 南幌町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

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。

記

※ 受給者番号					
申 請 内 容	対 象 者 の 状 況	フリガナ 対 象 者			住 所 南幌町
		生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 )		
	個 人 番 号			住 所 南幌町	
	フリガナ 世 帯 主				
受給資格要件の状況	身体障害者手帳 精神保健手帳	交付年月日 番 号	年 月 日 第 号	障 害 の 級 等 級	級
知 能 指 数 の 判 定	療 育 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		総 合 判 定 ( 診 断 )	重 度 中 度 軽 度
	種 別	政・組・日・船 共・国・後	記号 番号		
医 療 保 険	被保険者 (世帯主名)			被保険証 発行機関	
添 付 書 類					

私は、重度心身障がい者医療費受給者証の交付申請にあたり、私と私の同一世帯員の所得に関する公簿を閲覧することに同意します。

平成 年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 決 定 欄	課長	リ-ダー	担当		更新・資格取得 年 月 日	
	決 定 年 月 日		年 月 日		所得制限該当	該当 ・ 非該当
	住民税の課税状況		課税・非課税			
	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 理 由					

(注) 申請者は※欄は記入しないで下さい。

公簿により所得確認