

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

倶知安町長様

申請者 住 所

氏 名

対象者との続柄 ()

TEL

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。

なお、受給資格の登録及び継続（更新）、一部負担金の割合並びに自己負担限度額区分の確認に当たっては、私及び私の世帯員並びに生計維持者の所得、及び住民税の課税などの状況について調査されることに異議ありません。

記

※ 受 給 者 番 号		資格取得年月日 令和 年 月 日										
申 請 内 容	対象者の状況	フリガナ 対 象 者		住 所		倶知安町						
		生 年 月 日		年 月 日生(歳)								
		フリガナ 生 計 維 持 者		住 所								
		対象者との続柄										
	受給資格要件の状況	身体障害者手帳		交付年月日 番 号		年 月 日		身体障害 の等級		級		
		精神障害者 保健福祉手帳		交付年月日 番 号		年 月 日		障害の 等級		級		
		判定 指数の 判定	療育手帳		交付年月日 番 号		年 月 日		判 定		A ・ B	
			判定 (診断)		判定(診断)年月日 判定(診断)機関名		年 月 日		総合判定 (診断)		1重度 2中度 3軽度	
		医療 保険	種 別		協・組・日・船・共・国・国組		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 高 齢 者 医 療 制 度		被保険者 番 号		資格取得年月日		令和 年 月 日						
添 付 書 類												
※ 決 定 欄	課長		室長		係長		係		決 定 年月日	令和 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 理	下 由										
※処理欄		☐ 所得確認 課税台帳にて確認 確認日 R 年 月 日		☐ 課 ☐ 非	払 出 整理簿	未 ・ 済	電 算 未 ・ 済	☐ 電算入力 R 年 月 日	☐ 受給者証交付 R 年 月 日 障初 ・ 障課 老初 ・ 老課 ・ 証なし			

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。