別記様式第1号(第5条関係)

決裁					担当者	受付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決裁	年 月 日

受給資格の判定	要	重度心身障害者医療費助成対象者と認定し受給者証を交付してよろしいか。	否(理由)

重度心身障害者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請書

本人氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
世帯主氏名		本人との続柄		職業		
住所						

障害内容					
	身体障害者手帳	交付年月日	交付番号	障害名	等級
					級
	療育手帳	交付年月日	交付番号	障害の程度	有期判定(有効期限)
				A	有・無 (・)
	精神障害者保健福祉手帳	交付年月日	交付番号	障害の程度	有効期限
				1級	
	その他				

加入医療保険証等	保険種別	国(一・退)・政(一・退)・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	

上記のとおり 身体障害者手帳 / 療育手帳 / 精神障害者保健福祉手帳 と加入医療保険証等を添えて申請します。

年 月 日

住 所
申請者
氏 名 ㊞
(本人との続柄)

聖籠町長 様

(注) 記名押印に代えて署名することができます。