

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

厚岸町長 様

申請者 住所 厚岸町

電話 ()

氏名



対象者との続柄

(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

次のとおり重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-------------------------------------|------------------------|----|-----------------------|----|---------------|---|---------|-------|-------|-----|-----------------|--|
| ※ 受 給 者 番 号 | | | | | | | | | | | | | |
| 申 請 内 容 | 対象者の状況 | ふりがな | | | | | | | | 住所 | | 厚岸町 | |
| | | 対象者 | | | | | | | | 電話 | | () | |
| | | 生年月日 | | 年 月 日生(歳) | | | | | | | | | |
| | ふりがな | | | | | | | | 住所 | | 厚岸町 | | |
| | 世帯主 | | | | | | | | 電話 | | () | | |
| | 対象者との続柄 | | | | | | | | | | | | |
| | 受給資格要件の状況 | 身体障害者又は精神障害者保健福祉手帳 | | 交付年月日 年 月 日 | | | | 障 害 の 級 | | | | 級 | |
| | | 番号 | | 第 号 | | | | 判 定 | | A ・ B | | 重 度 ・ 中 度 ・ 軽 度 | |
| | | 知能指数の判定 | 療手 | 育帳 | | 交付年月日 年 月 日 | | | | | | | |
| | | | | 番号 | | 釧第 号 | | | | | | | |
| 判定(診断) | | 判断(診断)年月日 年 月 日 | | 判定(診断)機関名 | | 総 合 判 定 (診 断) | | | | | | | |
| | | 医療保険種別 | | 国(市町村・組) 健(政・組) 船・日・共 | | 記 号 番 号 | | 附 加 付 | | 有・無 | | | |
| 被保険者(世帯主) | | 被保険者番号 | | | | 被保険者証発行機関 | | | | | | | |
| 高齢者の医療の確保に関する法律 | | 被保険者番号 | | | | 資格取得月日 | | 年 月 日 | | | | | |
| 添付書類 | | ・身体障害者又は精神障害者保健福祉手帳の写し | | | | ・入通院の申立書 | | | | | | | |
| 決 定 欄 | 課長 | | 補佐 | | 係長 | | 係 | | 決定年月日 | 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。 | | | | | | | | | | | | |
| 却下理由 | | | | | | | | | | | | | |

(注) 申請者は※印欄は記入しないで下さい。