|  |
| --- |
| 苓北町重度心身障害者医療費受給資格者認定申請書 |
| 　　苓北町長　　　　様年　　月　　日　住所　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　下記のとおり、重度心身障害者医療費受給資格者の認定を申請します。 |
| 対象障害者 | 氏名 | 　 | 男・女 | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 　 |
| 障害の状況 | 身体障害者手帳 | 1級・2級　　手帳番号　　　　　　　　　　号障害名(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 療育手帳 | A1・A2　　手帳番号　　　　　　　　　　　号次回判定年度　　　　　　　年度 |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 1級　　手帳番号　　　　　　　　　号有効期限　　　　　　　年　　月　　日 |
| 福祉手当受給相当者 | 障害の種類(　　　　　　　　　　　　)有期　　　　　　年　　月まで・無期 |
| 保険の状況 | 種類 | 国・政・組・共・その他(　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 記号 | 　 | 番号 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 | 対象障害者との続柄 | 　 |
| 保険者名 | 　 | 付加給付　有(　　　　　　円)・無 |
| 添付書類 | 1　身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、福祉手当等認定通知書、診断書のいずれか2　医療保険の被保険者証3　所帯全員の住民票の写し4　対象障害者、対象障害者の父母(既婚者にあつては配偶者)及び子の所得に関する証明書 |