

福祉医療費受給者証交付申請書(重度心身障害者)

平成 年 月 日

砂川市長 様

申請者 住 所 砂川市
氏 名
対象者との続柄

下記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。
なお、市町村民税の課税状況を税務担当部署で確認することについて同意いたします。 印

記

※ 受給者番号								
対 象 者	ふりがな					住 所 砂川市		
	氏 名							
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)						
世 帯 主	氏 名					住 所		
	対象者との続柄							
身 体 障 害 者 手 帳		交付年月日 年 月 日 番 号 第 号		身 体 障 害 者 の 等 級		級		
知 的 障 害	療 育 手 帳	交付年月日 年 月 日 番 号 第 号		判 定		A ・ B		
	判 定 (診 断)	判定年月日 年 月 日 判定機関名		総 合 判 定		重度・中度・軽度		
	精神障害者保健福祉手帳		交付年月日 年 月 日 手帳番号 第 号		身 体 障 害 者 の 等 級		級	
医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名			記号番号			付加給付	有 ・ 無
	保 険 種 別	政 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国						
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名			所 在 地				
後 期 高 齢 者 医 療 制 度					資 格 取 得 年 月 日		年 月 日	
添 付 書 類								
※ 決 定 欄	決 定 年 月 日	平成 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							
摘 要	※ 課税台帳 月 日 確認			所得確認	係	係 長	補 佐	課 長

(注) ※欄は記入しないでください。