

様式第1号（第5条関係）

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     |                |       |      | 生年月日   | 年 月 日          |
| 世帯主氏名    |                |       |      | 本人との続柄 |                |
| 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<br>(有期期限) |
|          |                |       |      | A      | 有・無<br>(・)     |
|          | 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           |       |      |        | 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  |        |                |

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

住所  
 申請者  
 氏名  
 (本人との続柄 )

(あて先) 胎内市長