

## 記入例

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	胎内 太郎		生年月日	S50年5月5日	
世帯主氏名	胎内 一郎	本人との続柄	父		
住所	胎内市新和町2-10				
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 (有期期限)
				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
	R5.6.6	1234567	1級	R7.6.30	
	その他				
加入医療保険等	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

R5年6月17日

住所 胎内市新和町2-10  
申請者 氏名 胎内 太郎

(本人との続柄 本人)

(あて先) 胎内市長

(注) 記名押印に代えて署名することができます。