

重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書

_____年 月 日

三春町長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

次のとおり、重度心身障がい者医療費受給者証の交付を申請します。なお、重度心身障がい者医療費受給資格認定のため、所得及び課税状況を調査することに同意します。

対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
	住所		電話番号	
障がい者 手帳	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳（__級）・手帳番号第_____号・交付日_____年 月 日 （障がい名：_____）			
	<input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B）・手帳番号第_____号・交付日_____年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（__級）・手帳番号第_____号・交付日_____年 月 日			
加入保険 及び公費 負担	保険種類	国保・社保・組合・後期高齢・その他（_____）		
	被保険者名		保険者名	
	記号番号		公費負担	
振込口座	金融機関		口座番号	
	支店名		口 座 名義人	フリガナ
	口座種別	普通・当座		
附加給付に関する証明 当事業所においては上記対象者の家族療養費に対する附加給付は、次のとおりです。 無 ・ 有（有の場合、下記に記入） <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 80%; margin: 10px auto;"></div> 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 事業所長名 印 </div>				