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 | □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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □療育手帳（Ａ・Ｂ）・手帳番号第　　　　　号・交付日　　　年　　月　　日 |
| □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）上記のとおり相違ないことを証明します。　　年　　月　　日事業所長名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

添付書類　　　１健康保険証の写し　　２振込口座金融機関通帳の写し　　　３障がい者手帳の写し