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