

様式第1号(第2条関係)

重度心身障害者医療費受給資格者認定申請書						
あさぎり町長 様						
年 月 日						
申請者 住 所						
氏 名						
電話番号						
下記のとおり、重度心身障害者医療費受給資格者の認定を申請します。						
対 象 障 害 者 の 状 況	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日	
	住 所	あさぎり町				
	障 害 の 状 況	身 体 障 害 者 手 帳	1級・2級	手帳番号	号	
		障 害 名 ()				
	障 害 の 状 況	療 育 手 帳	A1・A2	手帳番号	号	
次 回 判 定 年 度		年度				
障 害 の 状 況	精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳	1級	手帳番号	号		
	有 効 期 限	年 月 日				
障 害 の 状 況	福 祉 手 当 受 給 相 当 者	障害の種類()				
	有 期	年 月 日まで・無期				
保 険 の 状 況	種 類	国・政・組・共・その他()				
	記 号		番 号			
	被 保 険 者 氏 名		対 象 障 害 者 と の 続 柄			
	保 険 者 名		附 加 給 付	有(円)・無		
添 付 書 類	1 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、福祉手当等認定通知書、診断書のいずれか					
	2 医療保検の被保険者証					
	3 世帯全員の住民票の写し					
	4 対象障害者、対象障害者の父母(既婚者にあつては配偶者)及び子の所得に関する証明書					
委 任 状						
私は、重度心身障害者医療費助成に関する所得調査(次年度以降の更新時の所得調査を含む。)に係る一切の権限を、あさぎり町に委任します。						
あさぎり町長 様						
年 月 日						
住 所						
氏 名						
			受 給 資 格 者 番 号			