別記第７号様式の２（第４条の２関係）

重度心身障害者医療費受給者証更新申請書

　　年　　月　　日

　苫　前　町　長　　宛

申請者住所　苫前町字

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　苫前町重度心身障害者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則第５条の２の規定により、次のとおり重度心身障害者医療費受給者証の更新を申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | ふりがな |  | 住　所　苫前郡苫前町字　 |
| 氏名 |  |
| 男女 | 大正昭和　　　　　年 　　月　 　日生平成 　（満　　　　歳） |
| 世帯主 | 氏　名 | 住　所　苫前町字　　電話　　　　（　　　） |
| 受給者との続柄 |
| 身体障害者手　　　帳 | 交付年月日　　　　　年　　　月　　　日番　　　号号 | 身体障害者等級表による級別 | １　　級２　　級３　　級 |
| 知能指数の判定 | 判定（診断）機関名判定（診断）年月日年　　　月　　　日 | 判定（診断） |  |
| 加入医療保険等 | 保険種別等 | 国保・協会・健保共済・船員・国組・後期 | 記号番号 |  | 附加給付 | 有・無 |
| 被保険者証等発行機関名 |  （　　　　　　　） | 所在地 |  |
| 同意事項 | 　町長が、私の世帯の所得状況と他制度による医療費の助成状況等を確認することに同意します。　　　氏　名 |  印 |
| 備　　考 |  |