別記第１号様式（第３条第１項関係）

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

　　年　　月　　日

苫　　前　　町　　長　　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　所　　苫前郡苫前町字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ふりがな | 住　所苫前郡苫前町字 |
| 氏　名 |
| 男女 | 　　　　　年　　月　　日生　　　　　　（満 　　　才） |
|  | 氏　名 | 住　所苫前郡苫前町字　　ＴＥＬ（　　　） |
| 受給者との続柄 |
|  | 交付月日　　　　　　　年　　月　　日番　　号　　　　　　　　　　　　号 | 身体障害者等級表による級別 | 　　１　　　級　　２　　　級　　　　　　級 |
|  | 判定（診断）機関名判定（診断）年月日 | 判　　定（診　断） |  |
| 保険等加入医療 |  | 国保・協会・健保共済・船員・国組・後期 | 記　号番　号 | （　　　　　　　　） | 附加給付 | 有・無 |
|  | （　　　　　　　　　） | 所在地 |  |
| 同意事項 | 私の世帯の所得状況と他制度による医療費助成状況等の確認に同意します。　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 | 印 |
| 添付書類 | 知的障害者については、「重度心身障害者認定診断書」又は「判定書」 |