

様式第1号(第2条関係)

高森町重度心身障害者医療費受給資格者認定申請書

高森町長様

年 月 日

申請者住所氏名電話番号印

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					
	障害の状況	身体障害者手帳	1級・2級 障害名()	手帳番号	号	
		療育手帳	A1・A2 次回判定年度	手帳番号	号	
		精神障害者保健福祉手帳	1級 有効期限	手帳番号	号	
福祉手当受給相当者		障害の種類(有期)	年 月まで・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 医療保険の被保険者証 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					