

重度心身障がい者医療費受給資格者認定申請書													
菊池市長様													
年 月 日													
申請者 住所 氏 名 電話番号													
下記のとおり、重度心身障がい者医療費受給資格者の認定を申請します。													
対象障がい者の状況	氏 名					男・女		生 年 月 日		年 月 日			
	個 人 番 号												
	住 所												
	障がい者の状況	障 害		1級・2級 手帳番号 号									
		身 体 障 害 者 手 帳		障がい名：									
		療 育 手 帳		A1・A2 手帳番号 号 次回判定年度：									
		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									
	福 祉 手 当 受 給 相 当 者		障がいの種類： 有効期限： 年 月 日 まで・無期										
保険の状況	保 険 者 名		国・政・組・共・その他（ ）										
	記 号					番 号							
	被 保 険 者 氏 名					対 象 障 が い 者 と の 続 柄							
	保 険 者 名					付加給付 有（ 円）・無							
振込先	金 融 機 関 名					支 店 名							
	口座の種類・番号		普通・当座 No.			口座名義人							
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（画面印刷） 4 対象障がい者、対象障がい者の父母(既婚者にあつては配偶者)及び子の所得に関する証明書（画面印刷）												