

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

印

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 の 者 状 況	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日	
	個人番号					
	住 所					
	障 が い の 状 況	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： 年度					
	1級 手帳番号 精神障害者保健福祉手帳 有効期限： 年 月 日					
	障がいの種類： 福祉手当受給相当者 有効期限： 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、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(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)					