

重度心身障害者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

住所 糸魚川市
 申請者
 氏名
 （本人との続柄 ）

身体障害者手帳
 療育手帳
 精神障害者保健福祉手帳
 下記のとおり と加入医療保険証等を添えて申請します。

フリガナ 本人氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		本人との続柄				
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ						
障害内容	身体障害者手帳	交付年月日	交付番号	障 害 名	等 級		
					級		
	療育手帳	交付年月日	交付番号	障害の程度	有期判定（有期期限）		
				A	無・有（ ）		
	精神障害者保健福祉手帳	交付年月日	交付番号	障害の程度	有効期限		
			1級				
その他							
加入医療保険証等	保険種別					本人・家族	
	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		記号番号			
	保険者名			所在地			
	標準負担額減額認定証等の有無			有 ・ 無			