

様式第1号(第3条関係)

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

内子町長 様

申請者 住 所  
氏 名 (受給者との続柄) (印)

下記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。

受給資格者	住所	住民となった日 年 月 日		
	氏名	年 月 日生	性別 男 女	
保 護 者 (後見人) 親権者	住所			
	氏名	年 月 日生	受給者との続柄	
加 入 医 療 保 険	世帯主(国保)、被保険者等(健保等)	住所		
		氏名	受給者との続柄	
	保険種別 国 政 船 共 組 保 管 員 済 合	付加給付	有 無	
	記号	番号	資格取得年月日	
	発行機関	所在地 名 称 (符号)		
障害の状況	身体障害の状況	程度(級別) 1 2 3 4 5 6	障害種別	
		身体障害者手帳 年 月 日交付 県第 号		
	知的障害の状況	程度	判定機関	判定年月日
		療養手帳 年 月 日交付 第 号		

※ 受給者証  
記号番号