

様式第1号(第3条関係)

重度心身障がい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)

次のとおり重度心身障がい者医療費受給者証の交付を申請します。

受 給 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 後 保 管 員 済 合 高	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 が い の 状 況	身体障が いの状況	程度(級別) 1 2 3 4 5 6		障がい種別	
		身体障害者手帳 年 月 日交付 県第 号			
	知的障が いの状況	程度		判定機関	判定年月日
		療育手帳 年 月 日交付 第 号			

※ 受給者証
記号番号

委 任 状

愛媛県内に所在する社会保険各法に定める保険医療機関等の開設者を代理人と定め、重度心身障がい者医療費助成金の請求及び受領の権限を委任します。

令和 年 月 日

住 所 愛媛県喜多郡内子町

氏 名