

様式第1号(第2条関係)

津奈木町重度心身障害者医療費受給資格者認定申請書												
津奈木町長 様												
令和 年 月 日												
申請者 住所 氏名 電話番号												
下記のとおり、重度心身障害者医療費受給資格者の認定を申請します。												
対 象 障 害 者 の 状 況	氏名							男・女	生年月日	年 月 日		
	個人番号											
	住所											
	障害の状況	身体障害者手帳	1級・2級		手帳番号	号		障害名()				
		療育手帳	A1・A2		手帳番号	号		次回判定年度 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	障害の種類() 有期 年 月まで・無期										
世帯の状況	生計を一にする者	氏名		個人番号								
	父・母・配偶者											
	子											
保 険 の 状 況	種類	国・政・組・共・その他()										
	記号							番号				
	被保険者氏名							対象障害者との続柄				
	保険者名							付加給付 有()円・無				
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 4 対象障害者、対象障害者の父母(既婚者にあつては配偶者)及び子の所得に関する証明書											