

重度心身障害(児)者医療証交付申請書

(世帯番号

—

)

受給対象者		ふりがな		性別	住所			
		氏名						
		生年月日		年	月	日	満才	
世帯主		氏名		受給者との続柄	住所			
社会保険の 加入状況	被保険者		氏名		受給者との続柄	住所		
	保険の種類				被保険者証 記号・番号	附加給付等の 有無		
	被保険者証 発行機関名		保険者番号		所在地			
障害年金等の 給付状況	障害年金の名称		証書記号番号	障害名 障害等級	受付開始 年月日	交付を申請する理由(○印)		
	国民年金法による障害年金各1級受給権者			1級		1 身体障害者手帳1級・2級所持者 2 精神障害者保健福祉手帳1級所持者 3 知的障害(児)者にあつては、知能指数35以下 (肢体不自由等の障害を有する者にあつては50以下)の者 4 国民年金法による障害等級1級の障害基礎年金受給権者 5 精神障害者で、恩給法による特別項症及び第1項症、 その他公的年金各法の障害等級1級の障害年金の受給権者 6 特別児童扶養手当等の支給に関する法律第2条第1項に 規定する障害児で同施行令別表第3の1級の項に規定する 程度の障害の状態にある者及び同令別表第1に規定する 程度の障害の状態にある20歳以上の者		
	知的障害(児)者及び重度障害(児)者			療育手帳A				
	公的年金各法による障害年金の名称()							
特別児童扶養手当等の支給に関する法律による障害児等								
手帳取得 の状況	障害者・障害等級		障害名		等級			
	手帳番号・交付年月		県第		号			
			年		月		日交付	
所得税課税の有無		本人(有・無)		扶養義務(生計中心)者(有・無)氏名				
※ 課税台帳等による確認								
<p>上記のとおり、重度心身障害(児)者医療証の交付を申請いたします。なお、必要に応じ私または私の扶養義務者の市民税課税台帳を閲覧することに同意いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>東根市長 あて</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 (印)</p> <p>電話</p>								
※審査結果	※摘要		受給者番号			前証区分		
			適用年月日			年	月	日
			有効期限			年	月	日
			交付年月日			年	月	日
		その他 (世帯識別番号		—		前負担区分		

※印は記入しないで下さい。