重度心身障がい（児）者医療証交付申請書

受給対象者		フリガナ 氏名		性別	住所				
		生年月日 年 月 日 満 才							
		個人番号							
世帯主		氏名	受給者との続柄		住所				
社加 会入 保 険 状 の 況	被保険者	氏名	受給者との続柄		住所				
	保険の種類				記号・番号	附加給付等の有無			
	保険者	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	障害等級	受付開始日	交付を申請する理由（○印） 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				
	国民年金法による障害年金各1級受給権者								
	知的障害（児）者及び重度障害（児）者								
	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								
手の帳状取得況	障害者・障害等級手帳番号・交付年月	障害名 等級 県第 号 年 月 日交付							
市町村民税所得割額		円							
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				
		個人番号							
※ 課税台帳等による確認									
上記のとおり、重度心身障がい（児）者医療証の交付を申請します。なお、必要に応じ私、私の世帯員または扶養義務者の市民税課税台帳を閲覧すること、及び私の加入医療保険者に対し、受給者資格情報を提供することに同意します。 年 月 日 東根市長 あて 申請者 住 所 氏 名 電 話									
※ 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	前負担区分	
			その他（世帯識別番号		—		）		

※印は記入しないで下さい。