

課長	課長補佐	係長	係	係

受給者証交付伺 決裁年月日 令和 年 月 日
------------------------------

受付印

第1号様式（第3条関係）

### 重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

清水町長 様

令和 年 月 日

申請者	住所			
	氏名			
	個人番号			
	対象者との続柄		電話番号	

申請者欄は、障害者の生計を主として維持する者を記入してください。

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。なお、重度心身障害者医療費助成の資格の登録及び継続（更新）の手続きに当たっては、清水町が私及び私の世帯員の所得状況等について、調査することに同意します。

※ 受給者番号				※ 取得年月日		年 月 日		
申請内容	対象者の状況	フリガナ			住所	清水町		
		氏名						
		生年月日	年 月 日生（ 歳）					
		個人番号						
申請内容	受給資格要件の状況	障害者手帳の等級等		（身体・精神・知的）		級・判定		
		加入医療保険の状況	被保険者（世帯主）	氏名			続柄	
				住所				
		記号番号						
		保険者	名称	（保険者番号）				
所在地								
添付書類	身体障害者手帳、療育手帳、判定書、診断書、精神障害者保健福祉手帳、被保険者証又は組合員証、所得証明書（公簿確認）							

※ 決定欄	1 上記申請内容を審査の結果適当と認められたので、受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。 （ ）			
※ 処理欄	証交付	台帳	電算処理	備考
	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 年 月 日	<input type="checkbox"/> データ		<input type="checkbox"/> reams青付箋 <input type="checkbox"/> 国保システムメモ登録 <input type="checkbox"/> 乳幼児受給者証回収

※印の欄は、記入しないでください。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。