|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主管課長 | 審議員 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |  |

様式第１号（第２条関係）

|  |
| --- |
| 南関町　　重度心身障害者医療費受給資格者認定申請書 |
| 　　南関町長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 住所 |  |
|  | 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　　　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 |
| 保険の状況 | 種類 | 国・政・組・共・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 記号 |  | 番号 |  |
| 被保険者氏名 |
| 保険者名 |
|  | 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（既婚者にあっては配偶者）及び子の所得に関する証明書 |