

様式第1号

決 裁						受付	平成	年	月	日
						伺	平成	年	月	日
						決定	平成	年	月	日
						発行	平成	年	月	日
<b>受給資格適否</b> (理由)						備考	住民登録	有・無		確認印
適・否							所得額			
身体障害	手帳	1級	2級	3級	4級	手帳番号				
精神薄弱	イ. 重度判定    口. 療育手帳    A所持					手帳番号	"			
	イ. 重複障害で中程度精簿					手帳番号	"			

重度心身障害者医療費受給資格者証交付(更新)申請書

平成    年    月    日

殿

住 所

氏 名

対 象 者	(フリガナ) 氏 名	男 ・ 女	生年月日	年	月	日
	住 所					
加 入 保 険	保険者	記号番号	所在地	世帯主又は被保険者名	附加給付の状況	

「注」 上欄の太線枠内には記入しないこと。

この申請書を提出するときは、保険証及び身体障害者の場合は身体障害者手帳、精神薄弱者の場合は、療育手帳又は児童相談所あるいは精神薄弱者更生相談所の判定書を提出して下さい。