様式第１号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 |  |  |  |  | 担 当 者 | 受　付 | 年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  | 伺 | 年　　月　　日 |
| 決　裁 | 年　　月　　日 |
| 受給資格の判　　　定 | 要 | 重度心身障害者医療費助成対象者と認定し、受給者証を交付してよろしいか。 | 否（理由） |

**重度心身障害者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 　年　　月　　日 |
| 世帯主氏名 |  | 本人との続　柄 |  |
| 住　　所 |  |
| 障害内容 | 身体障害者手帳 | 交付年月日 | 交付番号 | 障　害　名 | 等　　級 |
|  |  |  | 級 |
| 療育手帳 | 交付年月日 | 交付番号 | 障害の程度 | 有期判定（有期期限） |
|  |  | A | 無・有（　　　　　） |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 交付年月日 | 交付番号 | 障害の程度 | 有効期限 |
|  |  | １級 |  |
| そ の 他 |  |
| 加入医療保険証等 | 保険種別 |  | 本人・家族 |
| 被保険者氏　　名 |  | 記　号番　号 |  |
| 保険者名 |  | 所在地 |  |
| 標準負担額減額認定証等の有無 | 有　・　無 |

 　身体障害者手帳

 上記のとおり 療育手帳　　　　　　　　と加入医療保険証等を添えて申請します。

 　精神障害者保健福祉手帳

年　　月　　日

 住所

 　 申請者

 氏名

 （本人との続柄　　　　　　　　　　　）

（宛先）村上市長