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 | |  | | | | 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） | |
|  |  | |  | | | 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 | |
|  |  | |  | | |  | |
| そ の 他 |  | | | | | | | |
| 加入医療保険等 | 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　　　　　　　　と加入医療保険資格情報が確認できる書類等

　精神障害者保健福祉手帳

を添えて申請します。

年　　月　　日

住所

　 申請者

氏名

（本人との続柄　　　　　　　　　　　）

（宛先）村上市長