

## 記入例

様式第1号（第5条関係）

決裁					担当者	受付	年月日
							年月日
							年月日
受給資格の 判 定	重度心身障害者医療費助成対象者と 要 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	村上 太郎		生年月日	昭和40年1月1日	
世帯主氏名	同上		本人との 続柄	本人	
住 所	村上市三之町1番1号				
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
		H20.1.1	村上市第1号	聴覚障害	2級
	療育手帳	交付年日	交付番号	障害の程度	有期判定（有定期限）
					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	国保			本人・家族
	被保険者 氏 名	村上 太郎		記 号 番 号	村上 1111…
	保険者名	村上市		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。

令和7年4月1日

住所 村上市三之町1番1号

申請者

氏名 村上 太郎

(本人との続柄 本人 )

(宛先) 村上市長