

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	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		村上 太郎		生年月日	昭和 4 0 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	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			

上記のとおり 身体障害者手帳 と加入医療保険資格情報が確認できる書類等
療育手帳
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