

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	性別	男・女	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

令和元年11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