

様式第1号(第2条関係)

重度心身障害者医療費受給資格者認定申請書									
芦北町長 様					年 月 日				
申請者 住 所 芦北町大字					氏 名 ⑧				
電話番号									
次のとおり、重度心身障害者医療費受給資格者の認定を申請します。									
対 象 障 害 者 の 状 況	氏 名				男・女	生年月日	年 月 日		
	個人番号								
	住 所	熊本県葦北郡芦北町大字							
	障 害 状 況	身 体 障 害 者 手 帳	1級・2級 手帳番号		号		障害名()		
	療 育 手 帳	A1・A2 手帳番号		号		次回判定年度 年度			
	精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳	1級 手帳番号		号		有効期限 年 月 日			
	福 祉 手 当 受 給 相 当 者	障害の種類()		有期 年 月まで・無期					
世帯の 状況	生計を一にする者	氏 名			個人番号				
	父・母・配偶者								
	子								
保 険 の 状 況	種 類	国・政・組・共・その他()							
	記 号				番 号				
	被保険者氏名				対象障害者との続柄				
	保 険 者 名				付加給付 有()	円)・無			
添 付 書 類	1 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、福祉手当等認定通知書、 診断書のいずれか 2 医療保険の被保険者証 3 世帯全員の住民票の写し 4 対象障害者及び対象障害者と生計を一にする父母(既婚者にあつては配偶者)、 子の所得に関する証明書								