

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 | | | | | | | | | |