

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

ニセコ町長 様

住所：
氏名：
申請者 個人番号：
対象者との続柄：
電話番号：

下記のとおり、重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。
受給資格の登録及び継続（更新）のため、受給者及び受給者の世帯員並びに生計維持者の住民登録資料、税務資料その他について調査されることに同意します。

申請事由	1 障害認定 2 転入 3 生活保護解除 4 その他（ ）													
申請内容														
対象者の状況	フリガナ											男・女	住所 ニセコ町字	
	対象者													
	生年月日	年 月 日（ 歳）												
	個人番号												電話（ ）	
	フリガナ											住所 □対象者と同一		
	世帯主													
	対象者との続柄	本人・その他（ ）												
受給資格要件の状況	1 身体障害者手帳	交付年月日		年 月 日		身体障害の等級		1級・2級・3級（ ）						
	2 療育手帳	交付年月日		年 月 日		判定		A・B						
	3 知能指数の判定（診断）	判定（診断）年月日		年 月 日		総合判定（診断）		重・中・軽						
	4 精神障害者保健福祉手帳	交付年月日		年 月 日		精神障害の等級		1級						
加入医療保険	保険者	1 後期高齢者医療【資格取得年月日 年 月 日】 2 国保 3 協会けんぽ 4 組合健保 5 共済組合 6 その他（ ）												
	保険者番号		記号番号		被保険者氏名		付加給付	有・無						
振込を希望する金融機関		金融機関名		（ 支店）				口座番号						
								名義人						
※決定欄														
世帯区分		□課税 □非課税 □所得超過				公簿による所得確認		年 月 日						
						確認者職氏名								
課長		係長		合議					提議					
1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 対象者であるが、後期高齢者医療制度かつ一般課税世帯のため、受給者証は交付しない。 3 次の理由により上記申請を却下する。 却下理由：														
受給者番号						証種別		障初・障課・老初・老課						
決定年月日		年 月 日				取得年月日		年 月 日						

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。