

様式第1号(第2条関係)

重度心身障がい者医療費受給資格者認定申請書					
宇城市長 様					
令和 年 月 日					
申請者 住 所					
氏 名					
電話番号					
次のとおり、重度心身障がい者医療費受給資格者の認定を申請します。なお、重度心身障がい者医療費助成に関する所得調査に係る一切の権限を宇城市長に委任します。					
対	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	生年月日	年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
象 害 の 状 況	障 害	身 体 障 害 者 手 帳	1級・2級 障害名(手帳番号 別添のとおり) 号	
		療 育 手 帳	A1・A2 次回判定年度	手帳番号 年度 号	
	状 況	精神障害者保健福祉手帳	1級 有効期限	手帳番号 年 月 日	号
		福 祉 手 当 受 給 相 当 者	障害の種類() 有期 年 月 日まで・無期		
保 険 の 状 況	種 類	国・政・組・共・その他(後期高齢)			
	記 号	別添のとおり	番 号	別添のとおり	
	被 保 険 者 氏 名	別添のとおり	対 象 者 と の 続 柄	別添のとおり	
	保 険 者 名	別添のとおり	附加給付 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又は診断書のいずれか 2 医療保険の被保険者証 3 世帯全員の住民票の写し 4 1月1日以降に転入した場合は、対象者、対象者の父母(既婚者にあつては配偶者)及び子の所得に関する証明書				

【職員使用欄】

手 帳 申 請 日	令和 年 月 日
助 成 開 始 日	令和 年 月 日
所 得 制 限 判 定	OK ・ NG

※送付先変更有のとき

送付住所

宛 名 様方