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。 |
| 対象者 | 氏名 | 　□申請者に同じ | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | □申請者に同じ |
| 障害の状況 | 身体障害者手帳 | 1級・2級　　　手帳番号　　　　　号障害名(　　　別添のとおり　　　　) |
| 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　　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　医療保検の被保険者証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(既婚者にあっては配偶者)及び子の所得に関する証明書 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

【職員使用欄】

※送付先変更有のとき

送付住所

宛　　名　　　　　　　　　　　様方