

重度心身障害者医療費受給資格者認定申請書															
			年 月 日												
天草市長		様													
		申請者 住所													
		氏 名													
		個人番号													
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>													
		電話番号													
<p>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。なお、決定に当たり、私の世帯の地方税関係情報について確認することに同意します。</p>															
対象障害者	氏名														
	個人番号	生年月日 年 月 日													
	住所														
	障害の状況	身体障害者手帳	1級・2級	手帳番号 号											
		療育手帳	A1・A2	手帳番号 号 次回判定年度 年度											
障害の状況	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													
保険の状況	種類	国保・協会けんぽ・組合・共済・後期高齢者・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及び診断書のいずれか														
	2 医療保険の被保険者証														
	3 世帯全員の住民票の写し（住民基本台帳を確認することの同意があった場合を除く。）														
	4 対象障害者並びに対象障害者の父母（既婚者にあつては配偶者）及び子の所得に関する証明書														