

重度心身障がい者医療費受給資格者認定申請書															
氷川町長様															
年 月 日															
申請者 住所															
氏名															
電話番号															
下記のとおり、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。															
対象障がい者	氏名								生年月日		年 月 日				
	個人番号								性別		男・女				
	住所														
	障がいの状況	身体障害者手帳 1級・2級 手帳番号 号 障がい名 ()													
		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													
		障害児福祉手当・福祉手当・特別障害者手当・診断書 障がいの種類 () 有期 年 月まで・無期													
保険の状況	種類		国・政・組・共・後・その他 ()												
	記号								番号						
	被保険者氏名								受給資格者との続柄						
	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、障害児福祉手当・福祉手当・特別障害者手当の認定通知書、障がいの程度を明らかにする診断書のいずれか 2 医療保険の被保険者証 3 世帯全員の住民票の写し (町外に住所地がある場合) 4 対象障がい者、対象障がい者の父母 (既婚者にあつては配偶者) 及び子の所得に関する証明書 (必要な場合)														