

深川市重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

深川市長 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号 —  
主たる生計維持者

深川市健康づくり及び医療費助成に関する条例の適用を受けたいので、下記の内容を付して受給者証の交付を申請します。

なお、受給資格の確認にあたっては、受給資格の期間において必要な私及び私の世帯員の所得・課税状況について調査されることに、全員承諾しますので代表し同意します。

※ 受給者番号						
フリガナ						
対象者						
生年月日		年 月 日				
受給資格要件の状況	身体（精神）障害者手帳	交付年月日 番号	年 月 日 第 号	障がいの等級	級	
	知能指数の判定	療育手帳	交付年月日 番号	年 月 日 第 号	判定	A ・ B
		判定（判断）	判定（判断）年月日 判定（判断）機関名	年 月 日	総合判定（診断）	重度・中度・軽度
	医療保険	記号・番号				
		被保険者		保険者の名称		
後期高齢者医療			資格取得月日	年 月 日		
入通院の申立書	身体障害者手帳交付の原因となる入通院の日について、次のとおり申し立てます。この申立内容は、事実と相違ありません。					
	身体障害者手帳の内容	視覚	聴覚	平衡機能	音声、言語又はそしゃく機能	肢体不自由
		心臓機能	じん臓機能	呼吸器機能	ぼうこう又は直腸の機能	小腸機能
	その他（	）				
入院	年 月 日から	医療機関名				
通院	年 月 日から					

課長	主幹	課長補佐	係長	主査	係

有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日

交付日 年 月 日