

深川市重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

深川市長 様

申請者 住所  
氏名 ⑩  
電話番号 ー  
対象者との続柄  
主たる生計維持者(世帯主) ⑩

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。 ⑩

※ 受給者番号											
申 請 内 容	対象者の状況	フリガナ								男・女	
		対象者									
		生年月日	年	月	日						
	フリガナ								住所		
	世帯主										
	対象者との続柄										
受給資格要件の状況	身体(精神)障害者手帳	交付年月日	年	月	日	番号	障がいの等級	級			
		療育手帳	交付年月日	年	月	日	番号	判定	A・B		
	判定(判断)	判定(判断)年月日	年	月	日	判定(判断)機関名	総合判定(診断)	重度・中度・軽度			
	医療保険	種別	政・組・日・船・共・国・国組				記号番号	附加付	有・無		
		被保険者(世帯主)				保険者					
	後期高齢者医療					資格取得月日	年	月	日		
添付書類	※公簿にて確認済 確認年月日：令和 年 月 日 確認者：										
※ 決定欄	課長	主幹	課長補佐	係長	主査	係	決定年月日	令和 年 月 日			
							交付日	( )			
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。(証の有効期限 ~ )										
却下理由											