様式第１号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※受　　付 | | | ※受給資格 | | ※受給者証 | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | 有・無 | | 公費負担番号 | | **８００２０２６６** | | 発 行 | | 年　　月　　日 | |
| 受給者番号 | |  | |
| **重度心身障害者医療費受給者証（ 交　付 ・ 更　新　）申請書** | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 住　所 | （TEL　　　　－　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | 年　　月　　日生 | | | | |
| 職　業 |  | | | | | 障害者との続柄 | | |  | | |
| 障害者 | 住　所 |  | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | 年　　月　　日生 | | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者証 | | | | | 被保険者又は組合員の氏名 | | | | | | 付加給付 |
| 記　号 |  | | | |  | | | | | | 有　・　無 |
| 番　号 |  | | | |
| 保険者 | 所在地 | |  | | | | | | | | |
| 名　称 | |  | | | | | | | | |
| 上記のとおり、重度心身障害者医療費の助成を受けたいので、受給者証（決定通知書）の交付を申請します。  　　　年　　　月　　　日  藤　崎　町　長　　殿  申請者氏名 | | | | | | | | | | | | |

（注）１　各医療保険の被保険者証、身体障害者手帳、愛護手帳又は精神障害者保健福祉手帳、

前年の所得状況が明らかになる書類を添付してください。

　　　２　※印欄は、記入しないこと。