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。