

様式第1号(第5条関係)

決裁	課長	課長補佐	係長	係員	担当者	受付	令和 年 月 日
						伺	令和 年 月 日
						決裁	令和 年 月 日
受給資格の判定	要 重度心身障がい者医療費助成対象者と認定し、 受給者証を交付してよろしいか。					認定日 年 月 日	
	否 (理由)						

重度心身障がい者医療費助成
受給資格認定兼受給者証交付申請書

本人氏名			性別	男・女	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	
世帯主氏名					本人との続柄		
住所		十日町市			電話番号	()	
障がい内容	身体障害者手帳	交付年月日	交付番号	障がい名	等級		
		令和 年 月 日	新潟県十日町市第 号		級		
	療育手帳	交付年月日	交付番号	障がいの程度	有期判定(有期期限)		
		令和 年 月 日		A	無・有 (年 月)		
	精神障害者保健福祉手帳	交付年月日	交付番号	障がいの程度	有効期限		
令和 年 月 日			1級	令和 年 月 日			
その他							
加入医療保険証等	保険種別	国(一・退)・政(一・日)・組(一・退)・共・船・後期				本人・家族	
	被保険者氏名				記号番号		
	保険者名				所在地		
	標準負担額減額認定証等の有無				有 ・ 無		

上記のとおり 身体障害者手帳 と加入医療保険証等を添えて申請します。
療育手帳
精神障害者保健福祉手帳

令和 年 月 日

住所
申請者
氏名 (本人との続柄) ⑨)

十日町市長様
(注)記名押印に代えて署名することができます。

