

重度心身障害者医療費受給資格 認定 申請書
更新

支 給 対 象 者		受 給 者 (申 請 者)	
氏 名 (ふりがな)	男 女	氏 名 (ふりがな)	男 女
T・S・H・R 年 月 日 生		T・S・H・R 年 月 日 生	
住所 豊後大野市		住所 豊後大野市	
障 害 程 度 等	<input type="checkbox"/> 身障者手帳 障害程度 級 <small>障害区分 (視覚 聴覚 言語 肢体 内部)</small>		年 月 日 交付 第 号
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 障害程度 IQ		年 月 日 交付 第 号
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 障害程度 級		年 月 日 交付 第 号
保 険 の 状 況	加入保険の名称		被保険者証記号 番号
	被保険者氏名 続柄		資格取得年月日 年 月 日
	附加給付 (「有」の場合は内容) 有・無		
	被保険者証 発行機関	名 称 所在地	保険者番号
あなたの生計を維持している者 (扶養義務者)	氏 名	住 所	
他制度 (自立支援医療等) による給付状況	名称 有・無	受給者番号	受給開始年月日
上記により認定 (更新) されるよう申請し、併せて所得調査に同意します。 豊後大野市長 様 令和 年 月 日 申請者氏名 (電話番号)			
受給者番号	認定		更新
