

重度心身障がい(児)者医療証交付申請書

医療証番号
()

受給対象者	フリガナ	男・女	住所				
	氏名						
	生年月日	満 歳					
世帯主	氏名	受給者との続柄	住所				
社会加入状況 被保険者の状況	被保険者	氏名	受給者との続柄	住所			
	保険種別				被保険者証記号・番号	附加給付等の有無	
	被保険者証発行機関名				所在地		
障害年金等の給付状況	障害年金の名称	証書記号番号	障害名 障害等級	受付開始年月日	交付を申請する事由(印) 1 身体障害者手帳1級・2級所持者 2 精神障害者保健福祉手帳1級所持者 3 知的障がい(児)者にあつては、知能指数35以下(肢体不自由等の障がい有する者にあつては50以下)の者 4 国民年金法による障害等級1・2級の障害基礎年金受給権者(2級は20歳前障害のみ) 5 精神障がい者で、恩給法による特別項症及び第1項症、その他公的年金各法の障害等級1級の障害年金の受給権者 6 特別児童扶養手当等の支給に関する法律第2条第1項に規定する障害児で同施行令別表第3の項に規定する程度の障害の状態にある者及び同令別表第1に規定する程度の障害の状態にある20歳以上の者		
	国民年金法による障害福祉年金障害年金各1・2級受給権者		1・2級				
	知的障がい(児)者及び重度障がい(児)者		療育手帳A				
	公的年金各法による障害年金の名称()						
	特別児童扶養手当等の支給に関する法律による障害児等		1・2級				
手帳取得状況	障害名・障害等級	等級					
	手帳番号・交付月日	山形県第 号	年 月 日	交付			
市民税所得割額		円					
所得税課税の有無		本人(有・無)		扶養義務者(生計中心者) (有・無)			
課税台帳等による確認							
上記のとおり、重度心身障がい(児)者医療証の交付を申請いたします。 なお、必要に応じて私及び私の世帯員の市民税課税資料を重度心身障がい(児)者医療の資格要件審査のために使用することに同意いたします。 年 月 日 酒 田 市 長 あて							
		申請者 住 所 氏 名 電話番号 ()					
審査結果	一部負担金 有 無		摘 要	再交付の場合再交付の理由			
				紛失 汚損 破損 その他			

は記入しないでください。