

別記第1号様式(第2条関係)

西原村重度心身障害者医療費受給資格者認定申請書						
西原村長 様						
令和 年 月 日						
申請者 住所 氏名 電話番号						
印						
下記のとおり、重度心身障害者医療費受給資格者の認定を申請します						
対 象 障 害 者 の 状 況	氏名		男・女	生年月日	年	月 日
	住所					
	身体障害者手帳	1級・2級	手帳番号	号		
	障害名	()				
	療育手帳	A1・A2	手帳番号	号		
次回判定年度	年度					
障 害 者 の 状 況	精神障害者保健福祉手帳	1級	手帳番号	号		
	有効期限	年 月 日				
	福祉手当受給相当者	障害の種類	()			
有期	年 月まで・無期					
保 険 の 状 況	種類	国・政・組・共・その他 ()				
	記号		番号			
	被保険者氏名				対象障害者との続柄	
	保険者名				附加給付	有()円・無
添 付 書 類	1 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、福祉手当等認定通知書、診断書のいずれか 2 医療保険の被保険者証 3 世帯全員の住民票の写し 4 対象障害者、対象障害者の父母(既婚者にあっては配偶者)及び子の所得に関する証明書					