

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 障害名 ()	手帳番号	号	
	療育手帳	A1・A2 次回判定年度	手帳番号	号	
	精神障害者保健福祉手帳	1級 有効期限	手帳番号	年 月 日	号
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(既婚者にあつては配偶者)及び子の所得に関する証明書				