

重度心身障がい（児）者医療証交付申請書

					※住民コード	
受 給 対 象 者		フリカゝナ			住所：小国町大字	
		氏 名				
		生年月日				
世 帯 主		氏名			受給者との続柄	
社会保険の加入状況	被保険者	氏名	受給者との続柄	住所:小国町大字		
	保険種別	協・組・船・共・国保・組合国保・後期			記号・番号	
	被保険者証	名 称			付 加 給 付 等の有無	有 ・ 無
	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	受給開始 年 月 日	交付を申請する事由（○印） 1 身体障害者手帳１・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ものにあつては５０以下）の者 4 国民年金法による障害等級１級の障害基礎年金受給権者 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１級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各１級受給権者			級		
	知的障害（児）者及び重度心身障害（児）者			療育手帳Ａ		
	公的年金各法による障害年金年金法の名称（ ）					
	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					
手帳取得の状況	障害名・障害等級		障害名 等級			
	手帳番号・交付年月日		県第 号 年 月 日交付			
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、この申請についての課税状況の閲覧を承諾します。 令和 年 月 日 小国町長 仁 科 洋 一 殿 申請者 住 所 小国町大字 氏 名 連絡先（ ）						
※審査結果	適 ・ 否		※摘要	該当		
	受給者番号					

※ 印は記入しないでください。