

重度心身障がい（児）者医療証交付申請書

					世帯コード	
受 給 対 象 者		フリカミナ			住所：	
		氏 名				
		生年月日 年 月 日			個人番号	
世 帯 主		氏名	受給者との続柄		住所小国町大字	
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 知的障害（児）者にあつては知能指数 3 5 以下肢体不自由等の障害を有するものにあつては 5 0 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 精神障害者で、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特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第 3 の 1 級の項に規定する程度の障害の状態にあるもの及び同令別表第 1 に規定する程度の障害の状態にある 2 0 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 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	
			個 人 番 号			
※ 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 住所 小国町大字 申請者 氏名 ⑩						
※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。 住民コード：