

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		フリガナ		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・組回国保・後期		記号・番号	
	保険者名			付加給付等の有無	有 ・ 無
	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
	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					
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>小国町長 仁科 洋一 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 小国町大字 氏名 連絡先 ()</p>					
※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。