

様式第 1 号（第 2 条関係）

決裁						受付	年	月	日
						伺	年	月	日
						決定	年	月	日
						発行	年	月	日
受給資格適否							備考		
(理由)									
適・否									
身体障害	手帳 1級 2級 3級					手帳番号			
知的障害	ア 重度判定 イ療育手帳 A所持					〃			
	ア 重複障害で中程度知的障害					〃			
精神障害	手帳 1 級					〃			

重度心身障害者医療費受給資格者証（交付・更新）申請書					
年 月 日					
美郷町長 様					
住所 氏名 印					
対象者	(フリガナ)	男	生年月日	昭和・平成	
	氏名	女		年 月 日	
	住所				
加入保険	保険名	記号番号	所在地	世帯主又は 被保険者名	付加給付の 状況

(注) 上欄の太枠内は、記入しないこと。

この申請書を提出するときは、保険証及び身体障害の場合は身体障害者手帳、知的障害の場合は、療育手帳又は児童相談所又は知的障害者更生相談所の判定書を提示してください。