

※受付年月日	※受給資格	※受給資格証			
	有・無	公費負担者番号	80020449	発行年月日	
		受給者番号			

重度心身障害者医療費受給者証等交付申請書

申請者	住所	(Tel. - -)				
	氏名		男・女	年	月	日生
	職業		障害者との続柄			
障害者	住所					
	氏名		男・女	年	月	日生
加入医療保険	被保険者証		被保険者又は組合員の氏名		付加給付	
	記号					
	番号					
	保険者	所在地				
		名称				
<p>※ 各医療保険の被保険者証、身体障害者又は愛護手帳、又は精神障害福祉手帳、前年の所得状況が明らかになる書類を添付して下さい。</p> <p>上記のとおり重度心身障害者医療費の助成を受けたいので受給者証（決定通知書）の交付を申請します。なお、受給審査にあたり、関係機関から所得・課税に関する情報の提供を受けることに同意します。</p> <p align="right">平成 年 月 日</p> <p>六戸町長 殿</p> <p align="right">申請者氏名 印</p>						

※担当者記入欄（チェック項目）

障害の程度（下記条件等級） ・身体障害者手帳：1級・2級・内部3級 ・愛護手帳A ・精神障害者手帳1級	手帳交付日：平成 年 月 日
	手帳交付（等級該当）日現在での年齢 歳（条件：65未満）
被保険者の住所地 六戸町 ・ その他（ ） （条件：六戸町）	
世帯における課税状況 課税 ・ 非課税	
生活保護受給の有無 有 ・ 無 （条件：無、受給者には保険証がない）	