

様式第1号（第3条関係）

※受付年月日	※受給資格	※受給資格証		
	有・無	公費負担者番号		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

障害者	住所	〒			(Tel. — — )		
	氏名				年 月 日生		
	障害の程度	身体手帳	第 級	愛護手帳	第 A 号	精神手帳	第 1 級
		手帳交付日			年 月 日		
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							
医療費振込金融機関	<input type="checkbox"/> 変更無 <input type="checkbox"/> 新規・変更有    ※どちらかに☑を入れ、新規・変更有の方は記入してください。 金融機関名 _____ 本店・支店 口座番号 _____ (普通・当座) 口座名義人(漢字・カナ) _____						
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。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 六戸町長 殿 <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>							

同意書

(※本人及び同一世帯全員分)

下記の者は、重度心身障害者医療費受給者証等交付申請書の審査に係る事務処理のために、所得・課税情報について取得することに同意します。

氏名 (障害者本人)	_____	個人番号	□□□□□□□□□□
氏名	_____ (続柄)	個人番号	□□□□□□□□□□
氏名	_____ (続柄)	個人番号	□□□□□□□□□□
氏名	_____ (続柄)	個人番号	□□□□□□□□□□
氏名	_____ (続柄)	個人番号	□□□□□□□□□□

※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。ただし、上記同意書に同意する場合は、所得状況書類の添付を省略することができます。