

様式第1号(第3条関係)

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

(宛先) 東温市長

申請者 住所
氏名

(受給者との続柄)

下記のとおり重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。

なお、愛媛県内に所在する社会保険各法に定める医療機関等の開設者を代理人と定め重度心身障害者医療費助成金の請求及び受領の権限を委任します。

受給資格者	個人番号												
	フリガナ												
	氏名	年 月 日											
	住所	(住民となった日) 年 月 日											
	障害の状況	身体障害の状況(種)	手帳	県第 号						交付	年 月 日		
等級程度			1	2	3	4	5	6	障害種別	視	聴	言	肢
知的障害の状況		手帳	県第 号						交付	年 月 日			
		程度	A	B	判定年月日			判定年月日	判定機関				
保護者	氏名	年 月 日生											
	住所	受給者との続柄											
加入医療保険	世帯主(国保)被保険者(健保)	氏名	受給者との続柄										
		住所											
	保険種別	国協船共組後						記号 番号					
	保険者名称	附加給付 有 無											
	住所												

※ 審査	※ 記号 番号										
	—										
	1 認定	2 却下					資格取得	交付			
						年 月 日	年 月 日				

※印のところは記入しないでください。