

重度心身障がい者(児)医療費助成金受給資格認定申請書

※太枠内のみ記入してください。

記載例

対象者	住所	熊本市 中央 区 手取本町1番1号				
	フリガナ	クマモト タロウ		生年月日	M T S H R	
	氏名	熊本 太郎				50年 5 月 5 日
手帳の内容	身障療育精神	お手持ちの障がい手帳の内容をご記入ください。			種 (再)交付年月日	年 月 日
	手帳番号	第 号	程 度	級	次回判定年度	年度
加入している健康保険	被保険者氏名	熊本 太郎		記号・番号	100 13928	
	保険者の名称	熊本県市町村職員共同組合		保険者番号	32430415	
	保険資格取得年月日	S H R	2 年 5 月 31 日			
<p>上記のとおり関係書類を添えて申請いたします。なお、重度心身障がい者(児)医療費助成金受給資格認定に際して対象者及び扶養義務者の所得を調査することに同意いたします。</p> <p>熊本市長様 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right; background-color: yellow;">記入日を記載してください。</p> <p>申請者 住所 熊本市 中央区 手取本町1番1号</p> <p style="background-color: yellow;">申請者は受給資格者を記入してください。</p> <p>氏名 熊本 太郎</p> <p>連絡先 096-333-5555 (電話) ・ FAX)</p> <p>※対象者が20歳未満の場合、申請者は保護者になります。</p> <p>窓口に来た方 氏名 熊本 花子 続柄(妻)</p> <p>(□ 同上) 連絡先 096-333-5555 (電話) ・ FAX)</p>						

- 1 記号番号 (年 月 日 ~ 年 月 日) (年 月 日より該当)
- 2 資格認定日 年 月 日
- 3 認定の根拠 (1) 手帳取得 (身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神保健福祉手帳)
(2) 転入 (3) 子ども医療喪失 (4) その他 ()
- 4 障がいの種別 (1) 肢 (2) 視 (3) 聴 (4) 内 (5) 知的 (6) 精神 (7) 合併 (8) その他 ()

受付印