

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。

対象者	住所	熊本市 区			
	フリガナ				
	氏名			生年月日	M T S H 年 月 日 R
手帳の内容	身障療育精神	第 号	障がいの	種	(再)交付年月日 年 月 日
	手帳番号		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			記号・番号	
	保険者の名称			保険者番号	
	保険資格 取得年月日	S H R 年 月 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>申請者 住所 熊本市 区 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>連絡先 _____ (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>窓口に来た人 氏名 _____</p> <p>連絡先 _____ (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

受付印