# 重度心身障がい者（児）医療費助成金受給資格認定申請書

**記入例**

※点線太枠内のみ記入してください。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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　1年　1月　1日 | |
| | 氏　名 | 熊本　太郎 | | | | |
| 手帳の内容 | 身障療育精神手帳番号 | 第　　号 | 障がいの程度 | 種 | （再）交付年月日 | 年　月　日 |
| | | | | 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済組合 | 保険者番号 | 32430415 | | |
| | 保険資格取得年月日 | S　H　(R)　元年　5月　31日 | | | | |

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[illegible]養義務者の所得を調査することに同意いたします。

**記入日を記載してください。**

熊　本　市　長　　様　　令和　　年　月　日

申請者

**申請者は受給資格者（原則本人）日中連絡がとれる電話番号を記入してください。**

住　所　熊本市　中央　区　手取本町１番１号

氏　名　熊本　太郎

連絡先　０９６　―　３２８　―　２５１９　（(電話)・ＦＡＸ）

※対象者が20歳未満の場合、申請者は保護者になります。

窓口に来た人

氏　名　熊本　花子

連絡先　０９６　―　３２８　―　２３１３　（(電話)・ＦＡＸ）

1　記号番号　　（　年　月　日～　年　月　日）　（　年　月　日より

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 |
|---|
| |