

重度心身障がい（児）者医療証交付申請書

受給対象者	フリガナ			住所	
	氏名				
	生年月日		満 歳	個人番号	
保険の加入状況	被保険者	受給者との続柄	住所		個人番号
	受給者が国保または後期の場合の税扶養者	受給者との続柄	住所		個人番号
	保険種別	被保険者証記号・番号			附加給付等の有無
	被保険者証発行機関名			所在地	
障害年金等の給付状況	障害年金の名称	証書記号番号	障害名 障害等級	受給開始年月日	交付を申請する事由(○印) 1 身体障害者手帳1級・2級所持者 2 精神障害者保健福祉手帳1級所持者 3 知的障がい（児）者にあつては知能指数35以下（肢体不自由等の障がいを有する者にあつては50以下）の者 4 国民年金法による障害等級1級の障害基礎年金受給権者 5 精神障がい者で、恩給法による特別項症及び第1項症、その他公的年金各法の障害等級1級の障害年金の受給権者 6 特別児童扶養手当等の支給に関する法律第2条第1項に規定する障害児で同施行令別表第3の1級の項に規定する程度の障害の状態にある者及び同令別表第1に規定する程度の障害の状態にある20歳以上の者
	国民年金法による障害福祉年金障害年金各1級受給権者				
	知的障がい（児）者、及び重度障がい（児）者				
	公的年金各法による障害年金の名称（ ）				
	特別児童扶養手当等の支給に関する法律による障害児等				
身体障害者手帳	障害名・障害等級	障害名		等級	交付
	手帳番号・交付月日	山形県			
市町村民税所得割額		円			
所得税課税の有無		本人（有・無）	扶養義務者（生計中心者）（有・無）		
※課税台帳等による確認					
<p>上記のとおり、重度心身障がい（児）者医療証の交付を申請いたします。 また、審査決定のため申請者及び家族の課税資料を閲覧することに同意いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p> <p style="text-align: right;">蓋印 逓 佐 町 長 稔 田 稔 様 殿</p>					
※審査結果				※摘要	