別記第1号様式（第2条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 産山村重度心身障害者医療費受給資格者認定申請書 | | | | | | | | | | | | | |
| 村長　様  年　　月　　日  申請者　住所  氏名　　　　　　　　　　　㊞  電話番号  下記のとおり、重度心身障害者医療費受給資格者の認定を申請します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 対象障害者 | 氏名 | |  | | | 男･女 | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | |
| 障害の状況 | 身体障害者手帳 | | | | | | | 1級・2級　手帳番号　　　　　号  障害名（　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 療育手帳 | | | | | | | Ａ1・Ａ2　手帳番号　　　　　号  次回判定年度　　　年度 | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳 | | | | | | | 1級　　　　手帳番号　　　　　号  有効期限　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 福祉手当受給相当者 | | | | | | | 障害の種類（　　　　　　　　　)  有期　　　　　年　　月まで・無期 | | | | |
| 保険の状況 | 種類 | | | 国・政・組・共・その他(　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | |
| 記号 | | |  | | | | 番号 | | |  | | |
| 被保険者氏名 | | | |  | | | | | 対象障害者との続柄 | | |  |
| 保険者名 | | | |  | | 附加給付　有（　　　　　　円）・無 | | | | | | |
| 添付書類 | 1　身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、福祉手当等認定通知書、診断書のいずれか  2　医療保険の被保険者証  3　世帯全員の住民票  4　対象障害者、対象障害者の父母（既婚者にあっては配偶者）及び子の所得に関する証明書 | | | | | | | | | | | | |