

様式第1号(第2条関係)

| 重度心身障がい者医療費受給資格者認定申請書  |  |                       |                                   |      |        |  |
|--|--|-----------------------|-----------------------------------|------|--------|--|
| 令和 年 月 日   |  |                       |                                   |      |        |  |
| 和水町長 様   |  |                       |                                   |      |        |  |
| 届出者 住所<br>氏名<br>電話 ( )   |  |                       |                                   |      |        |  |
| 次のとおり重度心身障がい者医療費受給資格者の認定を受けたいので、和水町重度心身障がい者医療費助成に関する条例第4条の規定に基づき申請します。 |  |                       |                                   |      |        |  |
| 対象者の状況   | 氏名   |                       |                                   | 生年月日 |        |  |
|  | 住所   |                       |                                   |      |        |  |
|  | 障がいの状況   | 身体障害者手帳               | 1級 2級 手帳番号 熊本県第 号<br>障害名 ( )      |      |        |  |
|  |  | 療育手帳                  | A1 A2 手帳番号 熊本県第 号<br>次回判定年度 年度 無期 |      |        |  |
|  |  | 精神障害者保健福祉手帳           | 級 手帳番号 熊本県第 号<br>有効期限 令和 年 月 日 無  |      |        |  |
|  |  | 福祉手当受給相当者             | 障害の種類( )<br>有効期限 年 月 日 無          |      |        |  |
| 加入保険の状況  | 保険種別   | 国民健康保険 後期高齢者医療 その他( ) |                                   |      |        |  |
|  | 記号・番号  |                       | 保険者名                              |      |        |  |
|  | 被保険者氏名   |                       | 付加給付の有無                           | 有・無  | 付加給付基準 |  |
| 添付書類   | 1 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保険福祉手帳、福祉手当等認定通知書、診断書のいずれか<br>2 医療保険の被保険者証<br>3 世帯全員の住民票の写し<br>4 対象障がい者、対象障がい者の父母(既婚者にあつては配偶者)及び子の所得に関する証明書<br>5 所得調査に係る権限の委任状 |                       |                                   |      |        |  |