

## 重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

砥部町長 様

住 所 砥部町.....

申請者 氏 名 .....⑩

連絡先(電話) (        -        -        )

下記のとおり重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。

なお、愛媛県内に所在する医療保険各法に定める保険医療機関・療養取扱機関等の開設者を代理人と定め、重度心身障害者医療費助成金の請求並びに受領の権限を委任します。

受給者 資格者	住 所	伊予郡砥部町			
	氏 名		年 月 日生	性 別	男・女
保護者 (後見人) 親権者	住 所				
	氏 名		年 月 日生	受給者 との続柄	
加 入 医療保険	種 別	国保・国組・協会・健組・船員・日雇・共済・後期			
	記 号 番 号				
	名 称				
	所 在 地				
	付 加 給 付	有 ・ 無	資格取得年月日	年 月 日	
	被 保 険 者 名		受 給 者 と の 続 柄		
障 害 の 状 況	身 体 障 害 の 状 況	程度(級別)	障害種別 肢・視・聴・心・腎 (その他)		
		1 2 3 4 5 6			
	身体障害者手帳		年 月 日交付	愛媛県第	号
	知 的 障 害 の 状 況	程度	判定機関	判定年月日	
療育手帳		年 月 日交付	第 号		

※

受給者番号	
資格取得日	年 月 日