様式第1号（第2条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 |  |  |  |  |  | 受付 | | 年　　月　　日 | |
| 伺 | | 年　　月　　日 | |
|  |  |  |  |  |
| 決定 | | 年　　月　　日 | |
| 発行 | | 年　　月　　日 | |
| 備考  　受給資格適否  （理由）  適・否 | | | | | | | | | |
| 身体障害 | | 手帳　1級　2級　3級　4級 | | | | | 手帳番号 | |  |
| 精神薄弱 | | イ重度判定　ロ療育手帳　Ａ所持 | | | | | 〃 | |  |
| イ重複障害で中程度精薄 | | | | | 〃 | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障害者医療費受給資格者証交付（更新）申請書  年　　月　　日  椎葉村長　　　　　殿  住所　椎葉村  氏名　　　　　　　㊞ | | | | | | | |
| 対象者 | （フリガナ）  氏名 | 男  女 | | 生年月日 | | 明  大　　年　　月　　日  昭 | |
| 住所 |  | | | | | |
| 加入保険 | 保険名 | 記号番号 | 所在地 | | 世帯主又は  被保険者名 | | 附加給付の状況 |
|  |  |  | |  | |  |

注　上欄の太字枠内は記入しないこと

この申請書を提出するときは、保険証及び身体障害の場合は身体障害者手帳、精薄の場合は、療育手帳又は児童相談所あるいは精神薄弱者更生相談所の判定書を提示してください。