様式第１号(第２条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書  　　年　 　月　 　日  　会津美里町長  住所  申請者  氏名 | | | | | | | | |
| 受 給 者 | フリガナ  氏名 | |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
|  | | |
| 個人番号 | |  | | |
| 住所 | |  | | | | | |
| 受給資格要件 | □身体障害者手帳 １級・２級  □身体障害者手帳 ３級(心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸、免疫又は肝臓の機能障がい)  □療育手帳 A  □精神障害者保健福祉手帳 １級  □療育手帳 B かつ 身体障害者手帳  □精神障害者保健福祉手帳 ２級又は３級 かつ 身体障害者手帳又は療育手帳 | | | | | | | |
| 交付年月日 | | 年　　月　　日 | | 手帳番号 |  | | |
| 加入保険 | 記号番号 | |  | | | | | |
| 保険者名 | |  | | | | | |
| 被保険者名 | |  | | | | | |
| 資格取得年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | 附加給付の有無 | | 有 ・ 無 |
| 振込先 | 金融機関名 |  | | 口座番号 | |  | | |
| 支店名 | 支店 | | フリガナ  口座名義 | |  | | |
| 口座種別 |  | |  | | |

※以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格  要否 | 要 | □新規　□転入  該当日　　　　年　　月　　日 | 加入保険 | 一般・非加入  後期高齢（同意書　有・無 ） |
| 受給者番号 |  |
| 否 | □所得制限　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |