

重度心身障害(児)者医療証交付申請書 ()

受給対象者		ふりがな 氏 名			住所					
		生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 満 歳								
		個人番号								
世帯主		氏名		受給者との続柄		住所				
		個人番号								
社会保険の加入状況	被保険者		氏名		受給者との続柄		住所			
	個人番号									
	保険種別		協・組・船・共 国保・国保組合・後期		被保険者等 号・番号		付加給付 等の有無		有・無	
	被保険者証 発行機関名					所在地				
障害年金等の給付状況	障害年金の名称		証書記号番号		障害名 障害等級		受付開始 年 月 日		交付を申請する事由(○印) 1 身体障害者手帳1級・2級所持者 2 精神障害者保健福祉手帳1級所持者 3 知的障害(児)者にあつては知能指数35以下(肢体不自由等の障害を有する者にあつては50以下)の者 4 国民年金法による障害等級1級の障害基礎年金受給権者 5 精神障害者で、恩給法による特別項症及び第1項症、その他公的年金各法の障害等級1級の障害年金の受給者 6 特別児童扶養手当等の支給に関する法律第2条第1項に規定する障害児で同施行令別表第3の1級の項に規定する程度の障害の状態にある者及び同令別表第1に規定する程度の障害の状態にある20歳以上の者	
	国民年金法による障害福祉年金障害年金各1級受給権者									
	知的障害(児)者及び重度障害(児)者									
	公的年金各法による障害年金 年金の名称()									
	特別児童扶養手当等の支給に関する法律による障害児等									
手帳取得の状況	障害名・障害等級		障害名 等級							
	手帳番号・交付月日		第 号 年 月 日交付							
市町村民税所得割額		円								
所得税課税の有無		本人 (有・無)			扶養義務者(生計中心者)				(有・無)	
※ 課税台帳等による確認										
<p>上記のとおり、重度心身障がい(児)者医療証の交付を申請いたします。なお、福祉医療担当係の職員が、私又は私の世帯の税務資料を閲覧することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>庄内町長 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名 個人番号 <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">(電話番号 <input type="text"/>)</p>										
※審査結果		※摘 要								

※は記入しないでください。