

別記様式第1号(第5条関係)

決   裁		課 長	補 佐	係 長	担当者	受付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決 裁	年 月 日
受 給 資 格 の 判 定	重度心身障がい者医療費助成対象者と認定し受給者証を交付してよろしいか。					否(理由)	

重度心身障がい者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請書

本 人 氏 名			性 別	男・女	生 年 月 日	年 月 日
世 帯 主 氏 名			本人との続柄			職業
住 所						
障 が い 内 容	身体障害者手帳	交 付 年 月 日	交 付 番 号		障 が い 名	等 級
						級
	療育手帳	交 付 年 月 日	交 付 番 号		障 が い の 程 度	有 期 判 定 (有 期 期 限)
					A ・ B	有 ・ 無 ( )
	精神障害者保健福祉手帳	交 付 年 月 日	交 付 番 号		障 が い の 程 度	有 効 期 限
					1 級	
そ の 他						
加 入 医 療 保 険 証	保険種別	国(一・退)・政(一・日)・組(一・退)・共・船・後期				本人・家族
	被保険者氏名				記 号 番 号	
	保険者名				所在地	
	標準負担額減額認定証等の有無			有・無		

身 体 障 害 者 手 帳  
 上記のとおり 療 育 手 帳 と加入医療保険証を添えて申請します。  
 精神障害者保健福祉手帳

また、交付申請及び受給者証更新にともなう所得基準判断のため、申請者の課税内容について調査することに同意します。

年 月 日

住 所  
 手帳所持者氏名  
 (世帯代表者)

新潟県妙高市長 宛て  
 (注) 記名押印に代えて署名することができます。

※ 記載された個人情報、重度心身障がい者医療費助成事業に関する業務以外には使用しません。

裏面あり

# 所得額等調査承諾書及び個人番号告知

重度心身障害者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請及び受給者証更新に伴う所得基準判断のため、私、配偶者、扶養義務者の課税台帳を閲覧（確認）することを承諾し、また、個人番号を告知します。

年 月 日

住 所

氏 名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

(宛先) 妙 高 市 長

※記載された個人情報、重度心身障害者医療費助成に関する業務以外には使用しません。