

第1号様式

重 度 障 害 者 医 療 費 受 給 者 証 申 請 書

年 月 日

逗 子 市 長

住 所 _____

申請者 氏 名 _____
電 話 _____ () _____

次のとおり申請します。

受給者	ふりがな				男 女	生年月日		
	氏名					年 月 日		
加入 医療 保険	被保険者氏名				受給者との続柄	住所		
	保険種別	政 組 日 船 共	被保険者証の記号番号				付加給付金等の有無	有 無
	被保険者証発行機関名					所在地		

決 裁	上記の申請について次のとおり決定してよろしいか。				起 案	・	・
	課 長	係 長	担 当		決 裁	・	・
					交 付	・	・
決裁内容	1 交付する 2 交付しない		受給者証番号	障	受 付		
障害の程度	身体障害者手帳の等級		級	年 月 日交付			
	知能指数(IQ)			年 月 日判定			
備考	年 月 日から有効						

(注) この申請書を提出するときは、被保険者証を提示してください。