

受給者番号	
-------	--

様式第 1 号（第 2 条関係）

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

美幌町長 様

住 所 美幌町字

申請者 氏 名

重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。

なお、受給資格の審査にあたり、私及び扶養義務者の課税台帳等の公簿を閲覧することに同意します。

受 給 者	ふりがな		住所 美幌町字 (TEL)	
	氏 名			
	男・女	大 正 昭和 平成 年 月 日生 (歳)	個人番号（マイナンバー）	
世 帯 主	氏 名		住所 美幌町字 (TEL)	
	受給者との続柄		個人番号（マイナンバー）	
身体・精神障害者手帳	交付年月日 年 月 日 番 号		身体障害者等級表による級別	1 級 2 級 級
知能指数の判定	判定（診断）機関名 判定（診断）年月日 年 月 日		判 定 (診断)	
加入医療保険	保険種別	政・組・日・船・共・国・後	記 号 番 号	付加給付 有・無
	被保険者証発行機関名		所在地	加入年月日
				年 月 日
添 付 書 類	知的障害者については、「重度心身障害者認定診断書」又は「判定書」			

◎字は、楷書（かいしよ）ではっきり書いてください。署名により、記名押印を省略することができます。

高 額 療 養 費 代 理 受 領 委 任 状			
受任者 美幌町長			
上記の者に対して、次の事項を委任します。			
私の世帯員である の令和 年 月 日以降の療養に係る高額療養費の受領に関すること。ただし、保険者が当該療養に係る一部負担金に相当する金額を療養取扱機関等に支払う場合であって、かつ、美幌町子ども医療費助成に関する条例及び美幌町重度心身障害者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例の規定により、貴町が医療保険の自己負担分を当該療養取扱機関等に支払う場合に限ること。			
なお、上記により受領した高額療養費については、貴町が療養取扱機関等に支払う当該療養に係る医療費に充当されたい。			
令和 年 月 日			
		住所 美幌町字	
委任者		氏名	
加入 医療 保険	名	称	記 号 番 号
	被保険者の氏名		

※ 審 査 （この欄は記入しないでください。）

確 認 者	
所 得 の 状 況	公簿確認 証明書添付 その他（ ）
道 補 助 対 象 区 分	補助対象 補助対象外
備 考	