

様式第1号（第2条関係）

決 裁	課長	課長補佐	係長	担当者	受付	年 月 日		
					伺	年 月 日		
					決定	年 月 日		
					発行	年 月 日		
受給資格適否 (理由)					備考	住民登録	有・無	確認印
適・否						所得額		
身体障害	手帳 1級 2級 3級			手帳番号				
知的障害	ア 重度判定 イ 療育手帳 A所持			"				
	ア 重複障害で中程度知障			"				

重度障害者医療費受給資格者証交付（更新）申請書						
年 月 日						
川南町長 様						
住 所 氏 名 電話番号 () -						
対象者	(フリガナ) 氏 名	男・女	生年月日	年 月 日		
	住 所		個人番号			
加入保険	保 険 者	記号・番号	所在地	世帯主又は被保険者名	附加給付の状況	

注意事項

- (1) 上欄の太線内には記入しないこと。
- (2) この申請書を提出するときは、保険証及び身体障害者の場合は身体障害者手帳、知的障害者の場合は、療育手帳又は児童相談所あるいは知的障害者更生相談所の判定書を提出してください。