

(重) 受給資格認定請求書

※受給資格者証記号番号

受給資格者	ふりがな		住 所	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (才)		
介 護 者	氏 名		住 所	
	受給資格者との続柄			

重度心身障害者等医療費の受給資格について、認定を申請します。

年 月 日

直島町長 殿

請求者氏名
(受給資格者又は介護者)

(印)

障害の区分	1	2	3	4	5	6	7	備 考
	身障手帳 1級	身障手帳 2級	身障手帳 3級	療育手帳 A	療育手帳 A	療育手帳 B	戦傷手帳～4級 かつ身障4級	
加 入 保 険 の 状 況	被保険者	氏 名				住 所		
		本人との続柄						
	保険の種類	日・政・組・船・共・国・後期				被保険者証の記号番号		
	被保険者証発行機関名					所在地		
付加給付の有無	有・無	有の場合の内容						
所得の状況	条例第5条第3項第1号該当（非課税世帯）						非該当	

(市町事務処理欄)

※資格認定	該 当 (区分A ・ 区分B)							(遡及支給 円)
※所得の確認	本 人	配偶者	扶養義務者	備 考				
※ひとり親医療該当	該 当 ・ 非該当							
※受付年月日	年 月 日			決 裁 欄				
※決裁年月日	年 月 日							
※交付年月日	年 月 日							

※欄は、市町において記入します。