

重度障害者福祉医療証交付申請書

年 月 日

松 田 町 長 殿

住 所

申請者（保護者）氏 名

印

受給者との続柄

電話番号

次のとおり申請いたします。なお、重度障害者医療証の受給に必要があるときは、その限りに
 おいて、私の世帯の所得資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾
 します。

| | | | | |
|---|------------------------|------------|-------------------|--------|
| 受 給 者 | 氏 名 | | 男 女 | 年 月 日生 |
| | 住 所 | | | 年齢 |
| 医 療 保 険 の 加 入 状 況 | 被保険者氏名 | | 受 給 者 と の 続 柄 | |
| | 保 険 種 別 | 本 人 家 族 | 協会・船員・組合・国鉄・共済・国保 | |
| | 被 保 険 者 証 発 行 機 関 名 | | 記 号 番 号 | |
| | 所 在 地 | | 保 険 者 番 号 | |
| | 電 話 番 号 | | | |
| 障 害 の 状 況 | | | 等 級 | |
| 備 考 | | | | |