

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

㊞

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	協会・船員・組合・国鉄・共済・国保		
		家 族			
	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					