

第1号様式（規則第4条関係）

障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

愛川町長 殿

住 所 _____

申請者

(対象者) 氏 名 _____

電話番号 _____ () _____

次のとおり申請します。なお、障害者医療費助成を受けるにあたり、愛川町の職員が認定に必要な次のことを行うことに同意します。

- ・所得状況の確認
- ・加入している健康保険の保険者に対する、資格及び保険給付の内容等についての確認及び調整
- ・障害者手帳の情報についての確認

対象者氏名	<input type="checkbox"/> 同上	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
個人番号				
住 所	<input type="checkbox"/> 同上			
交付申請事由	1. 障害認定（手帳交付日又は判定年月日： 年 月 日） 2. 転 入（ 年 月 日転入） 3. 生保廃止（ 年 月 日廃止） 4. その他（ ）			
障害の程度	身体障害	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級
	知的障害	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1
	精神障害	<input type="checkbox"/> 1級（手帳有効期限 年 月 日まで）		
添付書類等	*健康保険証（写）、障害者手帳（写）、課税（所得）証明書			