別記様式第１号（第２条関係）

決裁	所　長	補佐	係長	係員	合議	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	１　重度判定　２　療育手帳Ａ所持 ３　重複障害で中程度の知的障害	〃	

重度心身障害者医療費受給資格者証交付（更新）申請書

年　月　日

（宛先）えびの市長

住　所
申請者　氏　名　　印
電　話

対象者	(フリガナ) 氏　名		生年月日	年　月　日
			個人番号	
	住　所			

加入保険	保険者	記号番号	所在地	世帯主又は被保険者	付加給付の状況

扶養者	(フリガナ) 氏　名		生年月日	年　月　日
			個人番号	
	住　所			

「注」上欄の太線枠内には記入しないこと。

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下さい。