

様式第 1 号(第 2 条関係)

大山町身体障害者、知的障害者及び精神障害者医療費助成認定申請書

年 月 日

大山町長 様

＜申請者＞
住所
氏名
連絡先（ - - ）

下記のとおり、身体障害者、知的障害者及び精神障害者医療費の助成を受けたいので受給資格の認定を申請します。
なお、本申請に係る認定にあたり、町が下記の者の医療保険加入状況に関する資料及び課税状況を税務資料等公簿により調査することに同意します。

記

※太枠内をご記入ください。

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
保 険 者 名	保険者名
及び記号番号	記号 番号
手帳の種類	身体障害者手帳 ・ 知的障害者療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳 (級) (判定) (級)
手帳の内容	手帳番号 第 号 交付年月日 年 月 日

添付書類
・ 障害者手帳の写し

※課税状況等の確認について、確認に必要な書類が別途必要となる場合があります。