

### 遷延性意識障害者医療費受給者証交付申請書

対象者	ふりがな		生年月日	年	月	日生	
	氏名						
	住所	(〒 - ) (電話番号 - - )					
	加入	保険種別	1 国民健康保険	2 国保退職者	保険証の記号		
			3 健康保険	4 共済組合	番 号		
	医療保険	5 後期高齢者医療	6 その他 ( )				
		被保険者氏名				対象患者との続柄	
		保険証発行機関の名称					
		医療費負担割合	割				
	受療の状況	入院 ・ 入院外		福祉医療の対象の有無	有 ・ 無 <small>※福祉医療の対象の場合、本事業は対象外となります。</small>		
介護保険法認定の状況	要介護 ( 度 ) ・ 要支援 ・ 無		身体障害者手帳の有無	有 ( 級 ) ・ 申請中 ・ 無			
受療医療機関	名称						
	所在地						
上記のとおり遷延性意識障害者医療費受給者証の交付を申請します。							
年 月 日				管轄保健所收受印欄			
申請者 住所 (〒 - )							
氏名							
対象患者との続柄 ( )							
電話番号 ( - - )							
長野県 保健所長 様							

(注) 1 記入にあたっては、住民票・保険証のとおり記載してください。  
2 申請の際は加入医療保険証を御持参ください。

※保健所記入欄	世帯の所得状況	・市町村民税非課税 (本人等収入 円) ・市町村民税 (所得割) 課税年額 円	一部負担の月額限度額	円
---------	---------	--	------------	---