様式第2号(第4条関係)

|  |
| --- |
| 重度障害者(児)医療費受給資格登録(更新)申請書　　年　　月　　日　　永平寺町長　　　　様申請者　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　次のとおり、重度障害者(児)医療費受給資格の登録(更新)を申請します。 |
| 対象者 | 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年齢 | 歳 |
| 住所 |  |
| 障害名 |  |
| 障害程度 | 手帳等級 | 種　　級 | 知能指数 |  |
| 保護者 | 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続　柄 |  |
| 住所 |  |
| 保険 | 保険名称 |  | 種別被保 |  |
| 記号番号 |  | 附加給付 | 無・有(　　　　　　　　　　　　　) |
| 世帯主、被保険者又は組合員氏名 |  | 取得日 | 　　年　　月　　日 |
| 口座 | 金融機関 | 銀行・信金農協・労金 | 口座番号 | 普通当座 |
| 支店名 | 本店支店 | （フリガナ）名義 |  |
| 同居世帯構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | 個人番号 |
| 　 |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注意　1　※欄は記入しないで下さい。

　　　2　申請時には、次のものを御持参ください。

1. 国民健康保険又は社会保険の被保険者証・組合員証
2. 身体障害者手帳又は療育手帳

※《役場記入欄》

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付日 | 　　　　年　　月　　日 | 備考 |
| 認定日 | 　　　　年　　月　　日 |