

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 | | | |

- 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資格確認書、資格情報通知書等
 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 | |