

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	