

様式第5号(第8条、第9条関係)

重度障害者(児)医療に関する申請(届出)書

年 月 日

永平寺町長 様

申請者(届出者) 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
 電話 \_\_\_\_\_

下記のとおり申請(届出)します。

1欄 (受給者証再交付申請)

|       |       |      |      |       |       |
|-------|-------|------|------|-------|-------|
| 再交付理由 | 破損・亡失 |      |      |       |       |
| 対象者   | 氏名    |      | 番号   |       |       |
|       | 氏名    |      | 性別   | 男 ・ 女 |       |
| 受給資格者 | 住所    | 永平寺町 | 生年月日 |       | 年 月 日 |

2欄 (資格喪失届出)

|       |  |    |   |   |
|-------|--|----|---|---|
| 対象者氏名 |  | 番号 |   |   |
| 理由    |  |    |   |   |
| 喪失年月日 |  | 年  | 月 | 日 |

3欄 (登録事項変更届出)

|                  |                 |           |      |        |         |
|------------------|-----------------|-----------|------|--------|---------|
| 対象者氏名            |                 | 番号        |      |        |         |
| 変更年月日            |                 | 年         | 月    | 日      |         |
| 変<br>更<br>事<br>項 | 対<br>象<br>者     | 氏 名       |      | 性別     |         |
|                  |                 | 住 所       |      | 生年月日   |         |
|                  |                 | 個 人 番 号   |      |        |         |
|                  |                 | 障 害 の 程 度 |      |        |         |
| 保<br>護<br>者      | 氏 名             |           | 生年月日 |        |         |
|                  | 個 人 番 号         |           |      |        |         |
|                  | 住 所             |           |      |        |         |
| 加<br>入<br>保<br>険 | 世帯主・被保険者又は組合員氏名 |           | 性別   | 男・女    | 対象者との続柄 |
|                  | 住 所             |           | 生年月日 |        | 年 月 日   |
|                  | 名 称             |           | 記号番号 |        |         |
|                  | 所 在 地           |           | 附加給付 | 無・有( ) |         |
| 口<br>座           | 金 融 機 関 名       |           | 口座番号 |        |         |
|                  | 支 店 名           |           | 名 義  |        |         |