

記号番号	
------	--

重度心身障害者医療費受給資格登録申請書
 平成 年 月 日

横瀬町長 様

住所

氏名 (電話) (印)

下記のとおり、横瀬町重度心身障害者医療費支給に関する条例第5条の規定に基づき申請します。

受給者	ふりがな 氏名	-----		住所			
	生年月日	明大 昭平	年	月	日	申請者との続柄	
	障害の状況	身体障害者	身障手帳 記号番号			程度	1級・2級・3級
		知的障害者	療育手帳 番号			程度	Ⓐ・A・B
精神障害者		精神手帳 番号			程度	1級	
	後期高齢者医療障害認定者				程度	施行令別表 号該当	
保護者	氏名				受給者との続柄		
	住所				電話		
	生年月日	明大 昭平	年	月	日	職業	
加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名				受給者との続柄	住所	
	保険種別	協・組・船・共・国・老			記号番号		
	名称				所在地		
	附加給付	有・無	支給基準				
申請事由発生 年月日		年			月	日	
					申請事由		
振込先	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協			支店名	本店 支店	
	預金の種類	1 普通 2 当座	口座 番号			フリガナ 口座名義人	

決裁	課長	副課長	リーダー	主査	担当	受付	年	月	日
						決定	年	月	日
						交付	年	月	日