

様式第1号(第3条関係)

記号番号	
------	--

横瀬町重度心身障害者医療費受給資格登録申請書

年 月 日

横瀬町長 様

住所
氏名 (印)
(電話)

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。
記

受給者	ふりがな氏名	-----		住所		
	生年月日	明大平	年月日	男・女	申請者との続柄	
	障害の状況	身体障害者	身障手帳番号	第 号	程度	1級・2級・3級
知的障害者		療育手帳番号	埼玉県第 号	程度	①・A・B	
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・後		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					
	預金種別		口座番号			
	口座名義人(カナ)					