

様式第1号(第3条関係)

記号番号	
------	--

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 (電話 ⑩)

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	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	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				
※ジェネリック医薬品を希望する旨を受給者証へ記載してよいか。				○	×		
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			

同意書

資格認定及び医療費助成支給決定のため、町長が保有している私の住民基本台帳及び町税課税台帳、障害の状況等の情報を町長が、今後必要な範囲内で確認することに同意します。

年 月 日

氏名

印

【町記入欄】

決 裁	課長				担当	受 付	年 月 日
						決 定	年 月 日
						交 付	年 月 日

判定	所得制限	該当	・	非該当
控除後の所得額	円	扶養親族数	人	所得制限限度額 円