

(様式第1号)

受 付						年	月	日	受 給 資 格 の 有 無	
決 裁									有 無	
									※理由	
									運用	
						年	月	日		

重度心身障害者医療費受給資格認定(更新)申請書										
大町町長 様										
申請者 住 所										
氏 名 ㊞										
助 成 対 象 者										
ふ り が な 氏 名		個人番号：						男・女		
生 年 月 日 (年 齢)		年 月 日 (歳)								
住 所										
受 給 資 格 等	重度身体障害者		手 帳 番 号							
	重度精神障害者		等 級							
	重度知的障害者		障 害 区 分							
	備 考		手 帳 取 得 日							
			再 取 得 月							
			次 の 判 定 年 月							
		療 育 手 帳 取 得 日								
認定(更新)後、医療費助成給付の際は、下記口座へ振り込んでください。										
振込希望 金融機関		銀行 金庫 組合 農協		本店 支店 出張所 本所 支所		普通 当座		口座番号		
								名 義 人		
同 意 書										
資格認定(更新)又は助成額の決定に関して、課税資料等により確認することに同意します。 また、保険者に対し付加給付、高額療養費等の支給状況を確認することに同意します。										
年 月 日										
氏名 ㊞										
加 入 医 療 保 険	記 号 番 号						付加給付の有無			
	保 険 種 別						保 険 者 名			
	所 在 地						被 保 険 者 名			
受給資格記号 記号・番号		※				備 考				

(注) ※印の欄は、記入しないでください。(世帯コード)