様式第1号(第3条関係)

|  |
| --- |
| 重度心身障害者医療費受給資格登録(更新)申請書　次のとおり登録(更新)の申請をします。なお、この申請につき、私又は私の世帯員の税務関係情報、及び高額療養費等の支払状況等について、担当課長が情報提供することに同意します。年　　月　　日　　有田町長　様住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請(受給)者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　(助成対象者との続柄　　　　　　　　)　　　　　　 |
| 助成対象者 | (フリガナ) | 男・女 | 年　　　月　　　日　生　(　　　歳)　 |
| (氏名)個人番号 |
| (住所)　有田町(電話番号　　　　　　　　　　) |
| 医療保険 | 記号番号 | 保険種別 | 被保険者名 | 被保険者の勤務先 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受給者資格等 | 重 度 身 体 障 害 者 | 手帳番号 | 県　　　　　　　　号　　 |
| 等級 | 種　　　　　　　　級　　 |
| 要再認定日 | 　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月 |
| 重 度 知 的 障 害 者 | IQ　以下 | 次の判定年月 | 年　　　月　 |
| 重度精神障害者 | 手帳番号 | 県　　　　　　　　号　　 |
| 等　　級 | 種　　　　　　　　級　　 |
| 有効期現 | 　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月 |
| 重複障害者 | 手帳番号 | 県　　　　　　　　号　　 |
| 等級 | 種　　　　　　　　級　　 |
| 要再認定日 | 　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月 |
| IQ　以下 | 次の判定年月 | 年　　　月　 |
| 振込指定口座 | 銀行名 | 預金通帳名義人 |
| 　　　　　　銀行　農協　　　　　　信金　信組　　　　　　　　支店 | (フリガナ) |
| 　 |
| 預金種別 | 預金通帳番号 |
| 　 | 　 |
| 審査　　(これより以下は記入しないでください。) |
| 受給資格 | 有　・　無 | 受給期限 | 年　　月　　日　 | 債権者コード | 　 | 受付 |
| 　 |
| 決裁 |
| 町長 | 　 | 副町長 | 　 | 課長 | 　 | 参事 | 　 | 副課長 | 　 | 主査 | 　 | 課員 | 　 | 担当 | 　 |