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 |  | |