

様式第1号(第3条関係)

<p style="margin: 0;">重度心身障害者医療費受給資格登録(更新)申請書</p> <p style="margin: 0;">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。</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">年 月 日</p> <p style="margin: 0;">有田町長 様</p>												
<p style="margin: 0;">住所</p> <p style="margin: 0;">申請(受給)者 氏名 (助成対象者との続柄) (印)</p>												
助成対象者	(フリガナ) ----- (氏名)				男 ・ 女	年 月 日 生 (歳)						
	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				(フリガナ)								
信金 信組 支店				-----								
預金種別				預金通帳番号								
<p style="margin: 0;">審査 (これより以下は記入しないでください。)</p>												
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					

