

様式第1号(第3条関係)

| | | | | | |
|--------|-------|---|---|---------|--|
| 受付 | 年 | 月 | 日 | 受給資格の有無 | |
| 決 裁 | | | | *理由 | |
| | 年 月 日 | | | | |

| | | | | | | |
|--|---------------|--------------|---------------|-------|---------|--|
| 重度心身障害者医療費受給資格登録(更新)申請書 年 月 日 吉野ヶ里町長 様 申請者 住 所 吉野ヶ里町 氏 名 印 | | | | | | |
| 助 成 対 象 者 | | | 申 請 者 (受 給 者) | | | |
| ふりがな 氏 名 | | 男 女 | | | 男 女 | |
| 生年月日 (年 齢) | 年 月 日 (歳) | | 年 月 日 (歳) | | 続柄 | |
| 住 所 | | | | | | |
| 助成対象となった場合の 給付金の振込先金融機関 | | 金融機関 預金種別 | 銀 行 | 支 店 | | |
| | | 普通・当座 | 口座番号 | | | |
| 受 給 資 格 等 | 重度身体障害者 | 手帳番号 | 県 第 号 | | | |
| | | 等 級 | 種 級 | | | |
| | | 障害区分 | 視・聴・音・肢・内 | | | |
| | 重度の知的障害者 | IQ 以下 | 次の判定年月 | | | |
| | | 重複障害者 | 手帳番号 | 県 第 号 | | |
| | | | 等 級 | 種 級 | | |
| | 障害区分 | 視・聴・音・肢・内 | | | | |
| | | IQ 以下 | 次の判定年月 | | | |
| 加 保 入 医 療 険 | 記号・番号 | 名 称 | 所 在 地 | | 付加給付の有無 | |
| | | | (電話番号) | | | |
| 受給資格記号 番 号 | * | | | 備考 | | |

注意 *印の欄は、記入しないでください。