

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 平成 年 月 日 吉野ヶ里町長 様 申請者 住所 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 普通・当座	支店 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 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。