様式第2号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度障害者(児)医療費受給資格登録(更新)申請書  　　年　　月　　日  　永平寺町長　　　　様  申請者　　住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　印  電話  　次のとおり、重度障害者(児)医療費受給資格の登録(更新)を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 氏名 |  | | | | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | | | | 生年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | | |  | | 年齢 | | | | 歳 | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害程度 | 手帳等級 | | | | | 種　　級 | | | | | | | 知能指数 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者 | 氏名 |  | | | | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | | | | 生年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | | |  | | 続　柄 | | | |  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険 | 保険名称 |  | | | | | | | | | | | | 種別被保 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記号番号 |  | | | | | | | | | | | | 附加給付 | | | | | 無・有(　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主、被保険者又は組合員氏名 | | |  | | | | | | | | | | 取得日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座 | 金融機関 | 銀行・信金  農協・労金 | | | | | | | | | | | | 口座番号 | | | | | 普通  当座 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支店名 | 本店  支店 | | | | | | | | | | | | （フリガナ）  名義 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同居世帯構成 | 氏名 | | | | 続柄 | | | | 生年月日 | | | | | | | 職業 | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | |  | | | | 年　月　日 | | | | | | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |

注意　1　※欄は記入しないで下さい。

　　　2　申請時には、次のものを御持参ください。

1. 国民健康保険又は社会保険の被保険者証・組合員証
2. 身体障害者手帳又は療育手帳

※《役場記入欄》

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付日 | 年　　月　　日 | 備考 |
| 認定日 | 年　　月　　日 |