

重度心身障害者医療費受給資格登録申請書

年 月 日

(あて先)本庄市長

住所 \_\_\_\_\_

申請者

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(電話 - - )

本庄市重度心身障害者医療費支給に関する条例第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

受給者	フリガナ			住所			
	氏名			性別	受給者証番号		
	生年月日	年	月	日	男・女	(既受給者のみ)	
	障害の状況	手帳種類	身障・療育・精神		等級/障害代表	級/	
手帳番号		第 号		手帳交付日	年 月 日		
			次期判定日(有効期限)	年 月 日			
加入医療保険	被保険者証記号・番号	記号	番号	資格取得日	年 月 日		
	被保険者氏名			受給者との続柄	負担割合	割	
	保険者名称			保険者番号			
振込先預金口座	金融機関名	銀行・信用金庫・労働金庫 信用組合・農業協同組合		本・支店名	本店・支店		
	預金種目	普通・その他( )		口座番号			
	口座名義人	フリガナ( )					
異動日 (手帳交付日・転入日・生保廃止日・ 保険証資格取得日等)		年	月	日	申請事由	手帳交付・程度変更・転入※・生保廃止・ 後期高齢への保険異動・その他( )	
所得判定				支給・支給停止			
控除後の所得額		扶養親族の数		所得制限限度額			
円		人		円			

※1~9月「転入」の場合には、前年1月1日時点の所在地より前年度所得証明書を取得添付。

10~12月「転入」の場合には、今年1月1日時点の所在地より今年度所得証明書を取得添付。

決	課長	課長補佐	係長	合議	担当	資格取得日	年	月	日
裁						受給者証 有効期間	年	月	日から 年 月 日まで