

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									
(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	個人番号：							
	生 年 月 日	年 月 日			性別 男・女	受給者証番号 (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	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・ 医療保険資格取得日等)		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