

重度心身障害者医療費受給資格登録申請書（精神通院医療費）

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	精神障害者		精神手帳番号			程度		2級			
	受給者番号						自己負担上限額	円				
	有効期間	年 月 日					～	年 月 日				
	指定医療機関①											
	指定医療機関②											
	指定医療機関③											
	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。

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