

様式第1号(第2条関係)

				受給資格者証記号番号									
決裁	課長	主幹	主幹	グループリーダー	係	受付	年 月 日						
						伺	年 月 日						
						決定	年 月 日						
						発行	年 月 日						
受給資格等	1 受給資格 有・無 (理由)			加入保険 付加給付		国保・社保・後期高齢者医療 有・無							
身体障害	手帳	1級 2級 3級 4級				番 号							
	診断書	1級 2級 3級 4級				遷延性意識障害							
知的障害	手帳	A1 A2 B1				番 号							
	診断書	1 IQ35以下 2 重複障害でIQ50以下				再判定		要 (年度) ・ 否					
500円免除	1 免除無			受給資格取得日		年 月 日							
	2 年 月 日開始												

重度心身障害者医療費受給資格者証交付等申請書 年 月 日 下野市長 様 住所 下野市 氏名 ㊟ 電話 () (続柄)											
対象者	フリガナ					生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成				
	氏 名	㊟					年 月 日				
	住 所	下野市									
	個人番号										
本申請及び医療費助成の申請にあたり、障害認定状況、住民基本台帳情報、世帯員及び同一保険加入者の課税状況等を閲覧することに同意します。											
加入保険	記 号 番 号	世帯主又は被保険者氏名	加入年月日	保険者番号	保険者名称						
	(記号) (番号)										
振込先	銀行 信金 信組 農協		本店 支店 出張所 支所	口座番号(普通)							
				フリガナ							
				口座名義							
対象者と同一保険の加入者											

(注) 太枠は記入しないでください。署名または記名押印してください。

「対象者と同一保険の加入者」の欄は、加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員の氏名を、国民健康保険の場合には国民健康保険に加入している方全員の氏名を記入してください。

この申請書を提出するときは、被保険者証又は組合員証を提示してください。