

身体障害者手帳4級

川越市重度心身障害者医療費受給資格登録申請書

(提出先)

年 月 日

川 越 市 長

住 所
申請者
氏 名

(電話番号 - -)

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

受給者	フリガナ		男・女	住 所			
	氏 名						
保 護 者	生年月日	年 月 日	申請者との続柄				
	身体障害者手帳番号		手帳交付年月日		年 月 日		
保 護 者	氏 名		住 所				
	生年月日	年 月 日	受給者との続柄				
加 入 医 療 保 険	名 称		振 込 先 口 座	金 融 機 関 名	銀 行 協 農 信 用 金 庫		
	保険者番号				支 店		
	記 号 番 号	記号： 番号：		口 座 番 号	普通 当座	No.	
	フリガナ			フリガナ			
	被保険者名			名義人			

なお、本申請及び更新に関し、他の市区町村へ医療助成履歴の照会を行うこと及び所得審査に係る一切の権限を川越市長に委任することについて同意いたします。

平成 年 月 日

(提出先) 住所

川越市長 氏名

印

※ 処 理 欄	受 給 者 番 号	
	申 請 事 由	
	申請事由発生年月日	年 月 日

受 付	年 月 日
決 定	年 月 日
交 付	年 月 日

※欄は、記入しないでください。