

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)
川越市長

年 月 日

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条の規定により申請します。

受給者	フリガナ		男・女	住所		
	氏名					
	生年月日	年 月 日		申請者との続柄		
障害の状況	身体障害者手帳番号		程度	1級・2級・3級	手帳交付年月日	
	療育手帳番号		程度	㊤ A B	年 月 日	
	後期高齢者医療障害認定者等		程度	施行令別表 号 該当		
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			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 番号 当座	
	フリガナ			フリガナ		
	被保険者名			振込先口座	名義人	

※ 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。