

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)
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				
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			口座番号	支店
	記号番号	記号： 番号：		普通当座	番号
	フリガナ			フリガナ	
	被保険者名			名義人	

私は、重度心身障害者医療費受給資格の認定に当たり必要
があるときは、市町村民税の課税状況について、本市関係機
関・部署に照会し、確認することに同意します。

年 月 日

住所

氏名

印

※ 処 理 欄	受給者番号	
	申請事由	
	申請事由発生日	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。