様式第１３号（第９条関係）

受付印

川越市重度心身障害者医療費受給資格現況届

令和　　年　　月　　日

（提出先）
川越市長

住　　所
届出者　　氏　　名
電話番号
ＦＡＸ番号

登録者との続柄
（　　）

川越市重度心身障害者医療費支給に関する条例第１０条第２項の規定により、次のとおり届け出ます。

登録者	受給者番号	
	フリガナ	
	氏　　名	
	個人番号	
	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
	住　　所	

添付書類：現年度の課税証明書

※処理欄	等級コード		所得判定（○×）		増異動処理日
					年　　月　　日

（川越市保健医療部　高齢・障害医療課）