

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 - -)

下記のとおり、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						
	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		
	後期高齢者医療障害認定者等				程 度	施行令別表	
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 農 協 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			

※ 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。