

重度障害者（児）医療費助成金受給資格認定申請書

申請者	住所						(TEL)
	氏名			男・女			年	月	日生	
	職業			障害者との続柄						
障害者	住所						(TEL)
	氏名			男・女			年	月	日生	
	個人番号									
	世帯の状況	氏名	続柄	個人番号	氏名	続柄	個人番号			
加入医療保険者	被保険者証		被保険者又は組合員の氏名			附加給付				
	記号						有 ・ 無			
	番号									
	保 險 者	所在地								
名 称										
支払希望 金融機関	金融機関名	支店名	口座名義		口座種別		口座番号			
					普通・当座					
<p>上記のとおり、重度障害者（児）医療費の助成を受けたいので、受給資格の認定を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>伊豆の国市長 宛</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p>										

(注) 該当する文字を○で囲むこと。