

別記

第1号様式(第4条関係)

		受領日			受領印		
重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録申請書 年 月 日 (宛先) 阿久根市長 申請者 住所 (対象者又は保護者) 氏名 連絡先							
受給資格者証		身体・知的・重複・精神			第 号		
対象者	住所						
	氏名			男・女	生年月日	年 月 日	
	身障者手帳番号	第 号	障害の程度	手帳交付年月日		年 月 日	
	療育手帳番号	第 号	知能指数	障害の程度	次期判定年月	年 月	
	精神障害者保健福祉手帳番号	第 号			障害の程度		
保護者	住所						
	氏名					対象者との続柄	
対象者に係る医療保険	保険の種類	健保(協会・日雇・組合)・船保・国公・私学・国保・後期高齢・地公					
	被保険者証	記 号			番 号		
	被保険者氏名				対象者との続柄	付加給付	有・無
	保険者名称				保険者所在地		
振替先口座	金融機関	銀行 金庫 農協		支店名		支店 支所 出張所	
	預金種別	当座・普通		口座番号			
	フリガナ						
	口座名義人						