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 | 県 第　号 | 障害の程度 | | 手帳交付年月日 | 年　月　日 | | |
| | 療育手帳番号 | 県 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 | 県 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 | | | | | | |
| | 被保険者記号番号 | 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 | | | | | | | |