

記号番号	
------	--

重度心身障害者医療費受給資格登録申請書

年 月 日

久喜市長 様

振込先	金融機関の名称	
	口座番号	普通・当座
	名義人 (カタカナ記入)	

住所
申請者 氏名
(電話)

下記のとおり、久喜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	ふりがな				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	身障手帳 記号番号			程 度	1級・2級 3級
知的障害者		療育手帳 番 号			Ⓐ・A・B		
老人保健法 障害認定者		健康手帳 (医療受給者証)番号			施行令別表 号該当		
保護者	氏名				受給者との続柄		
	住所				電 話		
	生年月日	年 月 日			職 業		
加入医療保険	被保険者 (組合員)氏名				受給者との続柄	住所	
	保険種別	政・組・船・共・国・老			記号番号		
	名 称				所在地		
	附加給付	有・無	支給基準				
申請理由発生 年 月 日	年 月 日			申請理由			