

記入例

手帳所持者の住所・氏名・生年月日・個人番号等
をご記入ください。

様式第1号(第6条関係)(用紙 日)

重度障害者(児)医療費助成金受給者証交付(更新)申請書

申請者

住所 長泉町中土狩〇〇〇-〇〇

氏名 長泉 太郎

生年月日

S50年4月8日

個人番号

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0

電話番号

055-〇〇〇-〇〇〇〇

障害者(児)との続柄

本人

住所

氏名

個人番号

記入不要です

記号

〇〇〇

被保険者又は組合員の氏名

長泉 太郎

番号

□□□□

附加給付

有 ・ 無

保険者名

・ 長泉町 ・ 静岡県後期高齢者医療広域連合
・ 全国健康保険協会〇〇支部 ・ △△健康保険組合 など

支払希望

金融機関名

支店名

口座種別

〇〇銀行

△△支店

普通 ・ 当座

金融機関

口座番号

口座名義(カナ)

123456

ナガイズミ タロウ

振込口座先の情報をご記入
ください。

者(児)医療費の助成を受けたいので、受給者証の交付を申請します。

長泉町長 様

記入した日

年 月 日

申請者 氏名

長泉 太郎

※

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

※町記入欄

受付

受給資格

年 月 日

有 ・ 無

番号

発行

押印

(本人の自書の場合は不要)

市町村民税課税状況

課税

・ 非課税

(注) 1 ※欄は記入しないでください。

2 該当する文字を○で囲んでください。