

様式第 1 号(第 6 条関係)(用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

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											
	氏 名						生 年 月 日				年 月 日	
	個人番号											
	電話番号						障害者(児)との続柄					
障害者(児)	住 所											
	氏 名						生 年 月 日				年 月 日	
	個人番号											
加入医療保険	記号					被保険者又は組合員の氏名						
	番号					附加給付			有 ・ 無			
	保険者名											
支払希望 金融機関			金融機関名			支店名			口座種別			
									普通 ・ 当座			
			口座番号			口座名義（カナ）						
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、受給者証の交付を申請します。 年 月 日 長泉町長 様 申請者 氏名 ※ ※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			受給者証						
	年 月 日		有 ・ 無			番 号		第 号				
						発 行		年 月 日				
	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。