

(後期高齢者以外・後期高齢者(65歳以上))

整理
番号

重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録申請書

令和 年 月 日

伊仙町長 殿

申請者
(対象者又は保護者) 住所
氏名
電話

対象者	住所								
	氏名				男女	生年月日	明: 大 昭: 平	年 月 日	
	身障者手帳番号	第	県号	障害の程度		手帳交付年月日	年 月 日		
	知能指数		療育手帳番号	第	県号	障害の程度	次期判定年月 年 月		
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(政管・日雇・組合)・船保・国公・私学・国保(若人・退職)・後期高齢・地公							
	被保険者証	記号				番号	第	号	
	被保険者氏名				対象者との続柄				
	保険者称				附加給付	有 ・ 無			
	保険者所在地								
受給資格者証	記号				番号	受領印			
	身(身体障害者)知(知的障害者)重(重複障害者)				第	号			
※この欄は町において記入	該当・非該当の別	該当・非該当	受付年月日	年 月 日		決 裁 欄			
			決裁年月日	年 月 日		課長	課長補佐	係長	係
			交付年月日	年 月 日					

注 記名押印に代えて署名することができます。