

(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。