様式第1号(第3条関係)

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

神川町長　　様

住　所　神川町大字
氏　名　　㊞
(電話　　)

次のとおり、神川町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 氏　名		住　所				
	生年月日	年　月　日	男・女	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		程度	Ⓐ　A・B	
		老人保健法障害認定者	健康手帳(医療受給者証)番号		程度	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	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名		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			
	付加給付	有・無	支給基準				
申請事由発生年月日		年　月　日		申請事由			

決裁					受　付	年　月　日
					決　定	年　月　日
					交　付	年　月　日