

- 重度心身障害者医療費受給資格登録
- 在宅重度心身障害者手当支給
- 重度心身障害者福祉タクシー利用登録
- 重度身体障害者自動車等燃料費助成資格認定

申請書

- 1 2 3 ㉠AB後
- 1 2 ㉠A1
- 1 2 3 ㉠A1
- 1 2 3 ㉠A1 2知

受給者	フリガナ			性別	加入医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄			
	氏名			男・女		住所						
	生年月日	年	月	日		電話						
	住所						保険者名	健保・国保・共済 全健保 支部				
	障害の状況	身体障害者手帳番号	第	号		程度	1・2・3	記号番号	記号 番号			
		療育手帳番号	第	号		程度	㉠・A・B	保険者番号				
		精神障害者保健福祉手帳番号	第	号		程度	1・2	付加給付	有・無	住所		
		後期高齢者医療障害認定者				程度	施行令別表 号該当	金融機関名	銀行 農協 信金 信組		支店名	支店
		障害名						口座番号	普通			
	氏名						フリガナ					
住所						名義人						
生年月日	年	月	日	受給者続柄								
12						申請事由 1						
世帯保護主者						自動車所有者	住所					
						4	氏名					
						自動車登録番号						
						個人情報同意※ 2						
<p>上記のとおり神川町 重度心身障害者医療費支給に関する条例 在宅重度心身障害者手当支給条例 在宅重度心身障害者福祉タクシー利用料助成事業実施要綱 重度心身障害者自動車等燃料費助成要綱</p> <p>神川町長様 申請者 住所 氏名 受給者との続柄</p>												

重度心身障害者医療	
受給者番号	
資格開始日	

在宅重度心身障害者手当	
受給者番号	
資格開始日	

福祉タクシー	
登録番号	
発行券番号	
資格開始日	

自動車等燃料費	
登録番号	
資格開始日	

高速		NHK	
ガイド			

決 裁 欄			
課長	主幹	主査	担当

※同意内容:住民基本台帳及び町民税課税台帳の情報を神川町在宅重度心身障害者手当支給制度の受給資格確認のため、町長がしようすること。