

重度障害者(児)医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

越前町長 様

(住所)

申請者 (氏名)

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

次のとおり重度障害者(児)医療費受給資格の登録について申請いたします。

受給資格者	ふりがな 氏 名	個人番号																	
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日										性別	男 ・ 女						
	住 所	越前町 TEL																	
	障 害	内容											等級	種 級					
加入医療保険	記号番号						資格取得年月日	T・S・H・R 年 月 日											
	保険者の 名称及び 所在地											付加給付	有 ・ 無						
		都 道 府 県																	
※ 審 査 欄	住所要件	T・S・H・R 年 月 日から居住																	
	所得要件	* 限度額										*所得額							
		本 人 円 扶養義務者 円										本 人 円 扶養義務者 円							
受給資格	有 ・ 無 (理由) 交付日 令和 年 月 日 確認 ㊞																		
金融機関名	コード	銀行・農協 金庫・信漁										コード	本 ・ 支店						
口座名義人	氏名(カタカナ)																		
口座番号	普通 ・ 当座																		

※ 提出または添付書類等

- 1 国民健康保険または社会保険の被保険者証、組合員証の写し
- 2 身体障害者手帳または療育手帳の写し
精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療受給者証(精神通院医療)の写し
- 3 所得証明書(越前町外からの転入者が同世帯にいる場合)
- 4 振込先のわかるもの(通帳・カード等)