様式第１号（第２条関係）

町受付印

|  |
| --- |
| 重度心身障害者医療費受給資格認定（更新）申請書 |
| 氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 大正・昭和平成・令和　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 九重町大字 | 保護者 | 続柄（　　　　） |
| 障害者手帳 | □身体障害者手帳□療育手帳□精神障害者保健福祉手帳 | 交付日　　　　年　　月　　日再交付　　　　年　　月　　日　　　　　　　第　　　　　号障害種別（　　　　　　　　　） | 有効期限（再認定日）年　　　月　　　日 |
| 障害等級（IQ　　　）　　　種　　　級  |
| 加入保険 | 加入保険の種類 | 被保険者証記号番号 | 被保険者氏名 |
| 付加給付(内容)　□ 無  □ 有（　　　　　　　　　）　□ 他制度給付（　　　　　　） | 被保険者証発行機関 | 名称 |
| 所在地 |
| 金融機関 | 銀行/信組金庫/農協 | 本・支店 | □ 普通□ 当座 | 口座番号№ | 口座名義（カタカナ） |
| 上記により認定（更新）されるよう申請します。世帯全員の所得額及び控除内容等について地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。なお、次年度以降の所得額及び控除内容等についても同意します。九　重　町　長　殿　　　年　　　　月　　　　日　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞　電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **※　町　記　入　欄** |
| 受給者証番号 | № | 交付年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日 |
| 記録整理欄 | 年度 | 該当（更新） | 非該当（理由） | 備考 |
|  |  |  | 扶養義務者（　　　　　　　　　　　）保　護　者（　　　　　　　　　　　） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　〒

　　　　　　　　　　　　　　　様