

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

受給者	フリガナ				個人番号			
	氏名							
	生年月日	年	月	日	性別	男・女	電話番号	
	住所							
	障害者手帳	区分	等級・程度	手帳番号	交付年月日		備考	
身体		級		年 月 日		内部障害・外部障害		
療育				年 月 日				
精神		級		年 月 日		有効期限	年	月 日
保護者	フリガナ				個人番号			
	氏名							
	住所						続柄	
加入医療保険	被保険者氏名							
	保険種別							
	記号番号							
	保険者名							
振込金融機関	金融機関名	支店名	種別	口座番号		口座名義		
	銀行・信金 信組・労金 農協・漁協 その他 ()	本店 支店	普通 当座 その他					
付加給付に関する証明								
当事業所においては上記対象者の家族療養費に対する付加給付は次のとおりです。								
<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>								
上記のとおり相違ないことを証明します。								
年 月 日 事業所長名								
年 月 日 相馬市長								
申請者 住所 氏名								