

心身障害者医療費受給資格登録申請書

受給者証 号 番 号							
受給者	(ふりがな)			男 女	住 所		
	氏 名						
	生 年 月 日	年 月 日		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	
精神障害者		精神手帳番号		程度	1級		
後期高齢者医療障害認定者				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 合員の氏名			受給者との続柄	住 所		
	保 険 種 別	健(政・日・組)・船・共・国(市・組)・後		所在地			
	名 称			記号番号			
	付 加 給 付	有・無	支給基準	保険者番号			
申 請 事 由 発 生 年 月 日	年 月 日		申 請 事 由				
口座振替	口座名義人			金融機関名	支店		
	口座番号	普通・当座 No.					

上記のとおり、狭山市心身障害者医療費支給条例第5条の規定に基づき申請します。

年 月 日

住所
申請者
氏名

㊟

(電話)

(宛先) 狭 山 市 長

入力	台 帳		連絡票		前 保 険	国一・退I・退II 国組 社本・社家
	出力	記入	国保	老保		
						身・知・精

処 理 欄	受 付	年 月 日
	決 裁	年 月 日
	交 付	年 月 日
	支給開始日	年 月 日 ~