(表面)							受給	者証番号	-			
	重点	度心身	<b>》</b> 障害	者医	療費受給	合資	格認定	定(更新	新)	申請書	ţ	
氏名						生生	年月日			年	月	日
住所	豊後高田市											
手帳	身体障害者	手帳 第	<del>第</del>	月	号 日交付	療	育手帳	(再判定	第	年 年	月 月	号 日交付 日)
帳	精神障害者為	第		月	号 日交付		有効其		年	. 月	日	
	加入保険の種	重類				被位	保険者等	等の記号	番号			
加	被保険者等の	の氏名				資	各取得年	<b></b>				
入 保 険	附加給付	)	内容									
	名 称 保険者								参考			
	PNDC L	所在地										
金 融	銀行	名	支	店	名	種別		口座番号			フリガ 口座名	
機関						普通 当座						
ま	記により認定 た、今回およで 認することに	び今後	公要な時			長が	添付書類	類により	証明す	べき事	実を公治	簿等によ
:	豊後高田市長	様				年	J	目	日			
				盽	請者 氏	ź	名					
					電	話番·	号					
審査	1. 該当(更					2. 非該	核当(理由	:			)	
査	交付年月日		有	F	月	日	通知年	三月日				
特記	 事項(送付先	等)										

## 同意書

年 月 日

## 豊後高田市長 殿

重度心身障害者医療費助成の資格認定や更新に関し、今回および今後必要な時は、豊後高田市 長が添付書類により証明すべき事実を公簿等により確認することに同意します。

また、支給額に変更が生じた場合の調整にも同意します。

障	住 所				
学 が い 者	フリガナ 氏 名				
本人	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日
	個人番号				

	フリガナ 氏 名	本人と の続柄		生年月日	個人番号		
			大・昭平・令	年	月	日	
世帯			大・昭平・令	年	月	目	
員			大・昭平・令	年	月	日	
			大・昭平・令	年	月	日	

別世	住 所				
帯の扶着	フリガナ 氏 名			本の	人と 続柄
養義務	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日
者	個人番号			_	_