

様式第1号(第2条関係)

| | | | | | |
|---|---------------------------|-----|-------------------------------------|--------------|--------------|
| (表面) | | | | 受給者証番号 | |
| 重度心身障害者医療費受給資格認定(更新)申請書 | | | | | |
| 氏名 | | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所 | 豊後高田市 | | | | |
| 手帳 | 身体障害者手帳 第 年 月 日 号 交付 | | 療育手帳 第 年 月 日 号 交付 (再判定 年 月 日) | | |
| | 精神障害者福祉手帳 第 年 月 日 号 交付 | | 有効期限 年 月 日 | | |
| 加入保険 | 加入保険の種類 | | 被保険者等の記号番号 | | |
| | 被保険者等の氏名 | | 資格取得年月日 | | |
| | 附加給付 () | 内容 | | | |
| | 保険者 | 名称 | | 参考 | |
| 所在地 | | | | | |
| 金融機関 | 銀行名 | 支店名 | 種別 | 口座番号 | フリガナ 口座名義 |
| | | | 普通 当座 | | |
| 上記により認定(更新)されるよう申請します。 また、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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 豊後高田市長 様 <div style="text-align: center;">申請者 氏 名</div> <div style="text-align: center;">電話番号</div> | | | | | |
| 審査 | 1. 該当(更新) | | | 2. 非該当(理由:) | |
| | 交付年月日 年 月 日 | | | 通知年月日 | |
| 特記事項(送付先等) | | | | | |

