

身 重度心身障害児者医療費受給者証
 }

 交 付
 更 新
 再 交 付

} 申請書

受 給 者	ふ り が な		男女の別	男 ・ 女	
	氏 名				
	個 人 番 号				
	生 年 月 日	年 月 日	日生	保護者との 続 柄	
	住 所				
保 護 者	ふ り が な		男女の別	男 ・ 女	
	氏 名				
	個 人 番 号				
	生 年 月 日				
	住 所				
加 入 保 険	被 保 険 者 名 等				
	保 険 の 種 類				
	記 号 番 号				
	附 加 給 付 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	保 険 者 名				
資 格 証 交 付 番 号					
<p>上記のとおり重度心身障害児者医療費受給者証の交付・更新・再交付を申請します。 なお、受給認定審査に関し、判定に必要な申請者及び申請者の世帯員の課税資料等を 閲覧すること及び関係機関への照会及び調査することについて同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p>美浜町長 様</p>					