

日出町重度心身障害者医療費受給資格認定（更新）申請書

支給対象者				受給者（申請者）			
(ふりがな)		男		(ふりがな)		続柄 男	
氏名		女		氏名		女	
生年月日	年 月 日			生年月日	年 月 日		
個人番号							
住所				住所			
障害内容	身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳						
	交付年月日	年 月 日		( 県 )	第	号	
	障害区分	視覚・聴覚・言語・肢体・内部・精神					
	障害程度	種 級		・ I Q			
生計を一にする者	氏名		続柄	個人番号			
配偶者							
扶養義務者							
加入保険	加入保険			被保険者番号			
	被保険者氏名			続柄			
	附加給付	有 ・ 無					
	保険者	名称				参考	
所在地							
上記により認定（更新）されるよう申請します。							
令和 年 月 日							
日出町長 様							
申請者 (電話 ) 印							
振込希望 金融機関	銀行名				支店名		
	普通	口座番号				名義人	
受給者証記号番号							
		年 月 日			年 月 日		

備考 同意書（様式第1号の2）を提出しない場合は、必要な書類を添えて申請してください。