様式第１号(第２条関係)

|  |
| --- |
| 重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書　　年　 　月　 　日　会津美里町長　住所　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 受 給 者 | フリガナ氏名 | 　 | 生年月日 | 　年　　月　　日 |
|  |
| 個人番号 |  |
| 住所 | 　 |
| 受給資格要件 | □身体障害者手帳 １級・２級□身体障害者手帳 ３級(心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸、免疫又は肝臓の機能障がい)□療育手帳 A □精神障害者保健福祉手帳 １級□療育手帳 B かつ 身体障害者手帳□精神障害者保健福祉手帳 ２級又は３級 かつ 身体障害者手帳又は療育手帳 |
| 交付年月日 | 　　　年　　月　　日 | 手帳番号 |  |
| 加入保険 | 記号番号 |  |
| 保険者名 | 　 |
| 被保険者名 | 　 |
| 資格取得年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 | 附加給付の有無 | 有 ・ 無 |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 口座番号 | 　　　　　　　　　　　 |
| 支店名 | 支店 | フリガナ口座名義 |  |
| 口座種別 |  |  |

※以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格要否 | 要 | □新規　□転入該当日　　　　年　　月　　日 | 加入保険 | 一般・非加入後期高齢（同意書　有・無 ） |
| 受給者番号 |  |
| 否 | □所得制限　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |