

第1号様式（第10条）

重度心身障害者医療費助成受給資格登録申請書

年 月 日

館山市長 様

住 所

申請者 氏 名 ⑩

電 話

重度心身障害者医療費助成の受給資格の登録を受けたいので、館山市心身障害者医療費支給条例第4条の2の規定により申請します。

支給対象者	住 所	
	氏 名 (年 月 日生)	
保険証	館山市国民健康保険・後期高齢者医療広域連合・ 社会保険 ()	
	記号・番号：	
	取得年月日： 年 月 日 扶養者：	
振込先	金融機関名：	
	支店（店番号）： ()	
	普通・当座 口座番号：	フリガナ 名義人：
手 帳	身体障害者手帳：障 害程度 1級・2級	交付年月日 年 月 日 再判定年月日 年 月 日
	療育手帳：障害程度 ①・②の1・③ の2・Aの1・Aの2	
	精神障害者保健福祉 手帳：障害等級1級	

注 申請に当たり、以下の書類を添付してください。

- ・本人と扶養者分の保険証の写し（社会保険に加入の場合）
- ・所得を証する書類（転入により所得額の確認ができない場合）
- ・重度かつ継続療養申立書（高額治療継続者の場合）