様式第１号(第５条関係)

|  |
| --- |
| 重度障害者（児）医療費受給資格登録申請書年　　月　　日　あわら市長　様住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　次のとおり重度障害者（児）医療費受給資格の登録を受けたいので申請します。　助成の要否の決定のため、私及び私以外の世帯員の所得状況を確認することに同意します。 |
| 対象者 | ふりがな氏名 | 　 | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日生 |
| 住所 | 　 |
| 個人番号 | 　 |
| 障害名 |  |
| 障害程度 | 手帳等級 | 種　　　級 | 知能指数 | 　 |
| 保護者 | ふりがな氏名 | 　 | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日生 |
| 住所 | 　 |
| 個人番号 |  |
| 療保険加入医 | 記号番号 | 　 | 名称 | 　 |
| 世帯主、被保険者又は組合員氏名 | 　 | 附加給付の有無 | 有・無 |
| 世帯の構成 | 対象者との続柄 | 氏　名 | 生年月日 | 個人番号 | 職　業 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 医療費助成決定調書 |
| 受付年月日 | 年　月　日 | 決定年月日 | 年　月　日 | 医療費助成の要否 | 要・否 |
| 決定理由 | 　 |
| 受給者証交付年月日 | 年　月　日 | 受給資格証交付簿 | 　 | 助成台帳 | 　 |
| 所得の状況 | 本人 | 　 |
| 配偶者 | 　 |
| 扶養義務者 | 　 |
| 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 係 | 備考 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |