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 | |  | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |