

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					
加療入保険	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		