

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

浪江町長

年 月 日

申請者 住所
氏名

㊞

下記のとおり、必要書類を添えて受給者証の交付を申請いたします。なお、認定に必要な所得状況等（同一世帯含む）について、認定権者である浪江町長に提供することを同意します。

所持している障害者手帳の写し

加入している健康保険証の写し

本人名義の銀行口座の写し（新規申請または金融機関変更の場合のみ）

新規 ・ 更新

受給者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日	
	住所				
	電話番号				
	配偶者氏名		生年月日	年 月 日	
	扶養義務者氏名		生年月日	年 月 日	
手帳情報	身体障害者手帳	級			
	療育手帳				
	精神保健福祉手帳	級	有効期限	年 月 日	
健康保険証	保険者				
	記号番号				
	被保険者				
	附加給付	無 ・ 有 （社会保険の場合、事業所の証明が必要です）			
		附加給付に関する証明 当事業所においては上記対象者の家族療養費に対する附加給付は次のとおりです。 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> 上記のとおり相違ないことを証明します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 事業所長名 ㊞			
口座情報	金融機関名		支店名		
	口座番号		名義人(カ)		

印字内容に変更等ある場合は、二重線を引き・朱書きで正しい内容を記載してください。

受給資格	要 ・ 否 （	）
------	---------	---