

重度障害者医療費受給者証【**交付**更新】申請書

助成対象者	ふりがな <small>かとう たろう</small>	住所
	氏名 加東 太郎 (男)女	加東市社50番地
	生年月日 昭和41年 5月 2日	
配偶者	氏名 加東 花子	住所 同上
扶養義務者	受給者との続柄	住所
	①氏名 加東 一郎 (子)	同居の父、母、または子などのお名前をご記入ください。
	受給者との続柄	
	②氏名 加東 二郎 (子)	
受給者との続柄	住所	
	③氏名 ()	
	受給者との続柄	住所
	④氏名 ()	
課税の状況	所得判定対象者	市町村民税所得割税額
	助成対象者	
	配偶者	
	扶養義務者	
	合計額	
加入医療保険	被保険者氏名	記入不要
	保険種別	
	被保険者証発行機関名	
受給者証交付(更新)申請事由	1	健康保険証のコピーを添付してください (対象者の氏名が記載されたもの)
	2	
	3	
	4	
	5	
	6 その他	
加東市長様 上記のとおり、重度障害者医療費... なお、資格認定等については、税... 当事業において、公費で現物給付... その申請及び受領を公費負担者であ...		申請者名と世帯主名をそれぞれ記入して下さい。 (申請者と世帯主が同じ場合でも、それぞれ記入 をお願いします。※「同上」「〃」等不可) 電話番号は平日昼間に連絡がとれる番号をご記 入ください(携帯電話番号推奨)
年 月 日 提出日をご記入ください。	住所 加東市社50番地 申請者 加東 太郎 世帯主 加東 太郎 電話番号 (090) 1234 - 5678	承諾します。 部分がある場合は、

・文字は、楷書ではっきり書いてください。