

様式第1号(2条関係)

					受給者証番号				
重度心身障がい者医療費受給資格認定(更新)申請書									
氏名		(個人番号)				生年月日			
住所									
障害の区分	身体障害者手帳 第 号 年 月 日 交付					療育手帳 第 号 年 月 日 交付			
	精神障害者手帳 第 号 交付日 年 月 日					有効期限 年 月 日			
加入保険	加入保険の種類					記号番号			
	被保険者氏名					資格取得年月日			
	附加給付 有 ・ 無		内容						
	保険者名称					保険者番号			
金融機関	銀 行 名		支 店 名		種別	口座番号		口座名義	
					普通当座				
扶養義務者の	障がい者本人を税法上扶養している方が いる ・ いない (どちらかにマルをしてください)								
	いる にマルをつけた場合は、扶養義務者の氏名、住所、障がい者本人との続柄を記入してください。								
	氏名			住所	(電話番号)			続柄	
上記により認定(更新)されるよう申請します。 また、今回および今後必要な時は、由布市長が添付書類により証明すべき事実を公簿等により確認することに同意します。 年 月 日 由布市福祉事務所長 様 申請者氏名 電話番号									
審査	1.該当()					2.非該当(理由:)			
	交付年月日 年 月 日					通知月日			