

様式第1号(第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				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			被保険者証記号番号	
	被保険者氏名			資格取得年月日	
	附加給付 ()	内容			
	被保険者証 発行機関	名称			参考
	所在地				
金融機関	銀行名	支店名	口座番号	口座名義	
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>由布市福祉事務所長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>					
審査	1.該当()			2.非該当(理由:)	
	交付年月日	年	月	日	通知月日