様式第６号（第３条関係）

重度心身障害者医療費受給資格更新認定申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格者証記号番号 |  |  |
| 助成対象者 |  | 住所 |  |
| 配偶者 |  |  |
| 扶養義務者 |  |  |
| 資格状況 | 資格取得 |  | 資格申請日 |  |
| 資格喪失 |  | 交付日 |  |
| 資格停止 |  | 有効期間 |  |
| 加入医療保険 | 被保険者 |  | 附加給付の有無 |  | 住所 |  |
| 保健種別 |  | 記号番号 |  |
| 保険者名 |  | 資格取得日 |  |
| 口座情報 | 金融機関名 |  | 口座種別 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  | 備考 |  |
| 手帳情報 | 身体障害者手帳 |  |
| 療育手帳 |  |
| 公費医療 |  |
|  |

三股町長様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　標記の件について、次のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　（　　　　）