**重度心身障害者医療費受給資格者登録申請書**

龍郷町長　殿

年　　　月　　　日

申請者 住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成資格者 | （フリガナ）氏名 |  | 男・女 | 認定番号 |  |
|  |
| 生年月日 |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  |
| 取得日 |  | 取得原因 |  |
| 障害の状況 | 身体障害者手帳交付日付 |  | 等級 |  |
| 障害名 |  |
| 療育手帳交付日付 |  | 程度 |  |
| 次回判定年月 |  |
| 障害者手帳（１級）有効期限 |  | 等級 |  |
| 福祉手当受給担当者 |  |
| 保護者 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 |  |
| 加入医療保険 | 名称 |  | 国民健康保険　健康保険組合　社会保険事務所　共済組合　国保組合　後期高齢 |
| 所在地 |  |
| 記号番号 |  | 電話番号 |  |
| 被保険者名 |  | 続柄 | 本人　・　家族 |
| 付加給付 | 有　・　無　　　　　支給限度額　（　　　　　　　　　　　　　　　　　円　） |
| 備考 |  |