

障害者医療費受給資格登録申請書（新規・変更）

受給対象者	住所	野々市市																										
	ふりがな		性別	生年月日																								
	氏名		男・女	年 月 日																								
	手帳種別	身障 療育 A・B 級		年 月 日		新規交付 再交付																						
	加入健康保険	種類	国保・組合国保 社 保 後期高齢者	被保険者証 の記号番号			附加給付 の有無	有・無																				
被保険者 氏 名			受給対象者 との続柄		住所																							
保険者の名称					保険者番号																							
配偶者	氏 名			住所																								
扶養 義務者	氏 名			住所																								
	受給対象者との続柄																											
申請 事由	1 障害程度が該当するようになったため																											
	2 転入してきたため																											
	3 登録事項の変更																											
	<table border="1"> <tr> <td>過去における野々市市での受給者番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>変更事項</td> <td colspan="6">障害程度 ・ 住所 ・ 氏名 ・ 加入健康保険</td> </tr> <tr> <td>備 考</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>							過去における野々市市での受給者番号								変更事項	障害程度 ・ 住所 ・ 氏名 ・ 加入健康保険						備 考					
過去における野々市市での受給者番号																												
変更事項	障害程度 ・ 住所 ・ 氏名 ・ 加入健康保険																											
備 考																												
	4 その他（ 事由発生年月日 年 月 日																											
令和 年 月 日																												
野々市市長 宛																												
医療費の助成を受けたいので、上記のとおり申請します。																												
なお、市長が今後、受給資格の認定のため住民基本台帳登録上世帯全員の所得及び課税の状況を調査すること並びに医療費助成金の算定のため保険者から支給される高額療養費に関する情報を調査することに同意します。																												
申請者 氏名																												
受給対象者との続柄																												

※ 事務処理欄（ここから下の欄は記入しないでください。）

助成区分	県単 ・ 市単	医療費助成開始日	年 月 日
受給者番号		審 査	