

様式第3号（規則第3条関係）

決 裁	課長	係長	係	受 付	年 月 日
				伺	年 月 日
				決 定	年 月 日
				発 行	年 月 日
受 給 資 格				加入保険	付加給付
(理由) 適・否				国保・社保・後期高齢者	有 ・ 無
身体障がい	手 帳	1級 2級 3級 4級		番 号	
	診断書	1級 2級 3級 4級			
知的障がい	手 帳	A1 A2 A B1		番 号	
	診断書	1 IQ35以下 2 IQ50以下		再判定	要(年度)・否
精神障がい	手 帳	1級		番 号	
受給者番号				有 効 期 間	

重度心身障がい者医療費受給資格者証交付申請書						年 月 日
佐野市長 様						申請者 住所 氏名 電話
助成対象者	フリガナ氏名				個人番号	
	住 所	〒 佐野市			生年月日	年 月 日
加入保険	記号番号	保 険 者				被保険者氏名
	記号					
	番号	名 称				助成対象者の資格取得年月日 年 月 日
対象者と同一保険の加入者						
対象者と同一保険の加入者 個 人 番 号						
振 込 先	金融機関名			店名等		
	銀行・信用金庫 農協・労働金庫			本店・支店・出張所		
	口座種別	普通 ・ 当座		フリガナ 口座名義人		
	口座番号					

備考

- 1 太枠欄は、記入しないでください。
- 2 「対象者と同一保険の加入者」の欄は、加入している保険が健康保険又は共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員の氏名を、国民健康保険の場合には国民健康保険に加入している方全員の氏名を記入してください。