様式第1号(第5条関係)

重度障害者医療費受給資格登録申請書

年　　月　　日

　大野市長　様

申請者(保護者)

住所

氏名

　大野市重度障害者医療費の助成に関する条例第5条の規定により、下記のとおり重度障害者医療費受給資格登録を申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな氏名 | 　 | 年　　月　　日生 |
| 住所 | 　 |
| 障害名 | 　 |
| 障害程度 | 手帳等級 | 　　種　　級 |
| 保護者 | ふりがな氏名 | 　 | 年　　月　　日生 |
| 住所 | 　 | 続柄 | 　 |
| 加入保険 | 記号番号 | 　 | 被保険者 | 　 |
| 　　保険者の名称 | 　 | 附加給付 | 有・無 |
| 保険種別 | 国保・後期・協会・組合・共済・その他(　　　　　) | 取得年月日 | 　 |
| 口座振込 | 金融機関 | 福井・北陸・越信・福井県農協・福邦・ゆうちょ・北陸ろうきん・その他(　　　　　) | 支店名 | 　 |
| 口座名義 | 　 | 普・当 | 口座番号 | 　 |