

重度心身障害者医療費助成金受給者証交付（更新）申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

申請者

㊞

次のとおり重度心身障害者医療費の助成を受けたいので、受給者証の交付を申請します。
 なお、受給者証の交付決定のため、所得状況等について市長が確認することに同意します。

受付日※	年 月 日		受給資格※	有 ・ 無	
手帳交付日※	新規・変更・転入・更新		受給者証番号※	第 号	
	年 月 日		市民税課税状況※	課税 ・ 非課税	
申請者	住所	(電話番号)		生年月日	年 月 日
	氏名			性別	男 ・ 女
障害者	住所	(電話番号)		続柄	
	氏名			手帳番号	身体・療育・特児・精神 ----- 第 号
健康保険証	記号	番号	被保険者又は組合員の氏名		
	資格取得年月日	年 月 日			
支払希望 金融機関	名称			付加給付	
	保険者番号			有 ・ 無	
支店 支所	銀行 金庫 農協	口座種別	口座名義人		
		普通 当座	口座番号		

(注)

- ※印欄は、記入しないでください。
- 該当する文字を○印で囲んでください。
- 申請日の属する年の1月1日における障害者、障害者の配偶者又は障害者の扶養義務者（生計を維持する者に限る。）の住所が市内にない場合にあつては、前年分の所得証明（申請時期が1月から9月までの場合にあつては、前々年の所得証明）又はそれに代わるべき書類を添付してください。