

第 1 号様式（第 3 条関係）

東庄町重度心身障害者医療費受給資格認定申請書

年 月 日

東庄町長 岩田利雄様

住 所 _____

申請者 氏名 _____ ㊞
 (保護者) 本人との
 続 柄 _____

電 話 _____

東庄町重度心身障害者の医療費助成に関する条例施行規則第 3 条の規定により次のとおり申請します。なお、東庄町が高額療養費の全部又は一部を負担した場合は、東庄町が私に代わって高額療養費を保険者に請求し、受領することを委任します。

対象者	住 所				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
被 保 険 者 証 発 行 機 関	名 称		記号	番号	
	所在地		附加給付	円 を超える額	
障害程度	身体障害 知的障害		手帳番号		
同 意 書					
1 助成金の支給に必要なため、私の町民税課税台帳を確認することに同意します。					
2 対象者が、後期高齢者医療である場合は、千葉県後期高齢者医療広域連合に情報提供することに同意します。					
氏名		㊞	氏名	㊞	
氏名		㊞	氏名	㊞	
氏名		㊞	氏名	㊞	

【助成金振込先】

(フリガナ) 口座名義人	振込先金融機関	口座種類	口座番号
	本店・支店・支所		