

医療証番号	第	号
-------	---	---

厚木市心身障害者医療費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 厚木市長

申請者 住 所

(対象者) 氏 名

窓口に 住 所

来た人

(代理人) 氏 名

続 柄

本申請に関する通知の送付先

本人宛 代理人宛

次のとおり申請します。

フリガナ 対象者氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
住 所				電話 FAX	()
障害の 程 度	身体 療育 精神	1 · 2 · 3 級 A1 · A2 · B1 1 級	障害認定 年 月 日	年 月 日 ※療育手帳は判定日	
直近 <u>1年以内</u> に加入の医療保険を変更した				<input type="checkbox"/> はい ※変更手続きが必要です <input type="checkbox"/> いいえ	
ほかの公費負担制度を利用している (例)・自立支援医療(更生医療/精神通院医療)・特定疾病療養・指定難病医療費助成				<input type="checkbox"/> はい ※受給者証をご提示ください <input type="checkbox"/> いいえ	
振 込 先 口 座	銀行・信用組合・信用金庫・農協				受 付 印
	支店・支所・出張所				
	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 当 座				
	口 座 番 号 (店番)ー(口座番号)				
	口座名義人 (カタカナで記入)				