

		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															
窓口に来た人 (代理人) 氏 名															
続 柄															
本申請に関する通知の送付先 <input type="checkbox"/> 本人宛 <input type="checkbox"/> 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 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和									
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 転入日		年 月 日 ※療育手帳は判定日 年 月 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)					ー									
	口座名義人 (カタカナで記入)														