

※受給者証番号

重度心身障害者医療費受給資格認定申請書									
郡山市長					年 月 日				
住所					住所				
申請者					氏名				
					電話番号 ( )				
次のとおり、重度心身障害者医療費受給資格の認定を申請します。									
対	フリガナ				生年月日	年 月 日生			
	氏名				個人番号				
象	住所				個人コード	※			
	障害の状況等	1 身体障害者手帳1級 2 身体障害者手帳2級 3 身体障害者手帳3級（心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸、免疫又は肝臓の機能障害に限る。） 4 療育手帳A 5 療育手帳Bかつ身体障害者手帳所持 6 精神障害者保健福祉手帳1級 7 精神障害者保健福祉手帳2級又は3級かつ身体障害者手帳又は療育手帳所持							
者	手帳番号				交付年月日	年 月 日			
振込口座	金融機関名				金融機関コード	※			
	支店名				支店コード	※			
	口座別	普通・当座			口座番号				
	口座名義人	フリガナ				氏名			
加入保険	保険者名				保険者コード				
	記号番号				保険加入年月日	年 月 日			
	被保険者名				個人コード	※			
保護者又は扶養義務者氏名		※			続柄	※		個人コード	※
資格取得年月日	※ 年 月 日		※補助対象内・補助対象外			※課税・非課税			

備考 ※印の欄は、記入しないでください。