

酒々井町重度心身障害者医療費助成受給券交付申請書

年 月 日

(あて先) 酒々井町長

受給権申請者氏名 (保護者) \_\_\_\_\_ 印

酒々井町重度心身障害者医療費に関する条例施行規則第2条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

受給権申請者	住 所	
	氏 名	(電 話 _____ ) (生年月日: 年 月 日)
	※個人番号	

通知先 (※受給権申請者住所と同一の場合は記入の必要はありません)

住 所 ・ 電 話	氏 名	受給権申請者との関係
住 所		
電 話		

加入健康保険	保 険 者 名	
	記 号・番 号	
	資格取得年月日	

同一保険加入者 (全員)					※個人番号				

身体障害者	障害等級	種 級	身体障害者手帳番号	都道府県
知的障害者	障害程度		療育手帳番号	第 号

振 込 先 (償還払いで使用します)	銀行 支店	口座番号
	普通 ・ 当座	
	氏名	フリガナ

同 意 書	
酒々井町重度心身障害者医療費助成に関する審査に必要な私の世帯の状況を酒々井町の公簿から確認することに同意します。また、私が加入している健康保険に重度心身障害者医療費に関する情報を提供すること、及び保険者が保有する情報の提供を受けることに同意します。	
受給権申請者 (保護者)	印
世帯員	印

受給券の有効期間は、毎年8月1日から7月31日までの1年間となりますので、受給権申請者の課税状況調査後、毎年7月下旬に町から受給券を交付します。  
※ 個人番号についてはお手元に個人番号が届いた時点以降にご記入ください。