

受給者番号

重度心身障害者医療費受給資格登録申請書（精神通院医療費）

年 月 日

(宛先) 鴻巣市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

次のとおり、鴻巣市重度心身障害者医療費支給に関する条例第5条第1項の規定に基づき申請します。
なお、資格認定及び医療費助成支給決定のため、市が必要事項の確認（住民基本台帳、市民税課税台帳及び障害状況の閲覧並びに保険者等関係機関への保険資格及び保険給付情報の照会）をすることに同意します。

対象者署名又は記名押印

(印)

対象者	フリガナ			住 所		
	氏 名					
	個人番号					
	生年月日	年 月 日		申請者との続柄		
	障害の状況	精神障害者	精神手帳番号		程度	2級
保護者	氏 名			住 所		
	生年月日	年 月 日		対象者との続柄		
加入医療保険	被保険者名			対象者との続柄		
	名称					
	記号・番号			保険者番号		
自立支援医療	指定医療機関①					
	指定医療機関②					
	指定医療機関③					
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協		支店名	支店 営業所 出張所 支所	
	預金種別	普通・当座		フリガナ		
	口座番号			口座名義		
申請事由 発生日	年 月 日	申請事由				