

様式第2号(第3条関係)

※ 区分	65歳～					
※ 受給資格登録番号			—			
※ 決裁					受付	年 月 日
					決定	年 月 日
					発行	年 月 日
※ 受給資格証交付			要・否(理由)			
重度心身障害者等医療費受給資格(一部負担金還付該当)登録(変更)申請書 年 月 日 富山県射水市長あて 住 所 射水市 申請者 氏 名 電話番号 (— —) 下記のとおり重度心身障害者等医療費受給資格登録(変更)の申請をします。						
受給者	個人番号				生 年 月 日	年 月 日
	フリガナ氏名					
	住所					
受給資格証交付事由	年月日	年 月 日	障害の状況(右記の書類のとおり)	国民年金証書() 身体障害者手帳() 診断書 障害認定証明書 その他()		
後期高齢者医療被保険者番号(資格証明書の番号)						
世帯の状況	氏 名	年齢	対象者との続柄	個人番号	※ 市町村確認欄	
	計					
※ 障害認定区分				※ 所得区分		
重度		中度		1号該当		2号該当
(摘要)変更事項等						

- (注) 1. 受給資格登録事項の変更の場合は、該当する項目のみ記入願います。
 2. ※欄は市町村で記入します。