

様式第1号の2 (第3条関係)

※ 区分	65~69歳	保険区分	1	2	3	4	5	6		
			社被保者	社被扶養者	国一般被保者	国被保退職者	国被保退職者	国被扶養者	国保組合	
※ 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登録(変更)申請書 富山県射水市長 あて 申請者 住 所 射水市 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	男・女								
	住所									
受給資格証交付事由年月日		年 月 日		身障手帳	1・2・3・4・5・6					
				療育手帳	A B					
				その他	ねたきり					
加入医療保険	被保険者	フリガナ氏名	男・女						生年月日	年 月 日
		住所							付加給付	有 ・ 無
	被保険者証の記号番号			保険者名						
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								
※ 課税所得金額			※ 総収入金額			※ 市町村確認欄				
円			円			<input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担				
(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。