

様式第1号の2 (第3条関係)

※ 区分	65~69歳	受給資格登録番号	保険区分	1	2	3	4	5	6		
				社被保者	社被扶養保者	国一般被保者	国被保職者	国被保職者	国被扶養職者	国保組合	
※ 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										
	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								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。