

受給資格要 要・否（理由）			加入保険		
			附加給付	有	無
重度心身障害者医療費受給者証交付申請書 年 月 日 会津坂下町長 殿 住所 申請者 氏名 ⑩					
受給者	ふりがな 氏名		生年月日	年	月 日生
	住所				
保護者	ふりがな 氏名		職業	続柄	
	住所				
加入 保 険	保険者名				
	記号番号	第	号		
	被保険者名				
	事業所名				
	所在地				
附加給付に関する証明 当事業所においては上記対象者の家族療養費に対する附加給付は次のとおりで す。 <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所長名 ⑩					

口座払いによる支払請求書

私に対する重度心身障害者医療費給付の支払については、下記により口座振替の方法によって支払ってください。

記

1 口座を有する金融機関

_____銀行・農協・組合 _____支店・本店

ゆうちょ銀行 _____支店

2 口座の種類 普通・当座口座

3 口座番号

--	--	--	--	--	--	--	--

4 口座名義人

フリガナ	
氏名	

5 期 間

当方から変更の申し出がないときは、受給資格の消滅する月まで

平成 年 月 日

申請者 住 所 会津坂下町

氏 名

Ⓜ

会 津 坂 下 町 長