

様式第1号（第6条関係）

重度障害者（児）医療費助成金受給者証 交付 更新 申請書				
申請者	住所	(TEL —)		
	氏名		男・女	年 月 日生
	個人番号			
	職業		障害者との続柄	
障害者	住所	(TEL —)		
	氏名		男・女	年 月 日生
	個人番号			
世帯の状況	同一世帯員の氏名		続柄	個人番号
加入医療保険	被保険者証	被保険者又は組合員の氏名		附加給付
	記号			有・無
	番号			
	保険者	所在地		
名称				
支払希望	金融機関	名称	口座名義	口座種別
				普通・当座
<p>上記のとおり、重度障害者（児）医療費の助成を受けたいので、受給者証の交付を申請します。また、受給資格の有無、課税状況等に関して公簿等で確認されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">熱海市長 あて</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p>				