

障 医療費助成資格 (認定) ・ 更新) 申請書

記入例

年 月 日

川北町長 あて

申請者 住所
(扶養義務者) 川北町字 壱ツ屋174番地

氏名 川北 花子

川北 印

医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	住所	川北町字 壱ツ屋174番地					
	ふりがな	かわきた はなこ	(連絡先(携帯) 076 — 277 — 1111)			生 年 月 日	申請者との続柄
	氏名	川北 花子	男・女	昭和60	年11	月3	日生
申請事由	1 障害程度が該当するようになったため 2 転入してきたため 3 その他() 事由発生日 年 月 日						
加入健康保険	被保険者氏名	川北 花子	対象者との続柄	本人	住所	川北町字 壱ツ屋174番地	
	保険種類	町国保 後期高齢者 その他	記 号	00	番 号	000	付加給付の有無
	保険者の名称	川北町	保険者番号				有 無
手帳種別	身障・療育・精神	平成21 年 8 月 6 日 交付 ・ 石川県 第123456号 1級					
金融機関名		種別	口座番号		口座名義人 ふりがな		
能美	銀行 金庫 農協	支店 川北	普通 当座 その他	1234567	かわきた はなこ 川北 花子		
川北町長 あて 年 月 日 医療費の助成資格の認定に必要な税関係書類を調査する事に同意します。							
対象者 (保護者)	住所	川北町字 壱ツ屋174番地					
	氏名	川北 花子					
(保護者の) 配偶者	住所	川北町字 壱ツ屋174番地					
	氏名	川北 太郎					
扶養義務者	住所	川北町字					
	氏名			印	対象者 との続柄		
処理欄	医療費受給者番号			助成開始年月日	年 月 日		
				後期資格取得年月日	年 月 日		
※対象者の加入している健康保険証、金融機関通帳の写しを添付してください。							