

【記入例】

様式第6号（第11条第1項）

年 月 日

四街道市長 様

申請者＝障害者手帳所持者
(18歳未満の場合は保護者)

住 所
申請者（保護者）氏 名
電話番号

重度心身障害者医療費助成金交付申請書

四街道市重度心身障害者医療費助成条例第6条第2項の規定により、下記のとおり重度心身障害者医療費の助成を申請します。

記

受給者番号							
障害者	フリガナ			性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名						
加入医療保険	保険者名	(保険者番号：) (取得年月日： 年 月 日)					
	記号・番号	記号	<div data-bbox="564 1391 1302 1675" data-label="Text" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>加入医療保険及び振込口座は、事前に登録させていただいておりますので、変更がある場合のみご記入ください。 ※医療保険に変更があった場合は、別途申請が必要となります。</p> </div>				
振込先	(金融機関)		信用金庫 本・支店 農業協同組合				
	普通・当座	口座番号					
	フリガナ						
	口座名義人氏名						