

※区分	0～64歳				保険区分	1 社保 保	2 社保 保	3 国保 保	4 国保 保	5 国保 保	6 国保 保	
※受給資格登録番号			—									
※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 年 月 日 富山県中新川郡舟橋村長 あて 申請者 住 所 氏 名 電話番号（ — — ） ⑩ 下記のとおり重度心身障害者等医療費受給資格の登録（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	男・女									
		住 所										
受給資格証交付事由年月日			年 月 日			身障手帳	1・2					
						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					生 年 月 日	年 月 日				
		氏 名	男・女									
		住 所					附加給付	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											
（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。