

様式第2号(第3条関係)

※区分	65歳～				
※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(一部負担金還付該当)登録(変更)申請書 富山県中新川郡舟橋村長 あて 住所 申請者 氏名 電話番号 (— —) 下記のとおり重度心身障害者等医療費受給資格登録(変更)の申請をします。					
受給者	個人番号				
	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	障害の状況 (右記の書類のとおり)		国民年金証書() 身体障害者手帳() 診断書 障害認定証明書 その他()
後期高齢者医療被保険者番号 (資格証明書の番号)					
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				
※障害認定区分			※所得区分		
重度 中度			1号該当 2号該当		
(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。