

第1号様式（第5条関係）

重 度 障 が い 者 医 療 費 福 祉 医 療 証 交 付 申 請 書

年 月 日

逗 子 市 長

住所
申請者 氏名 () 印
電話 ()

次のとおり申請します。
また、支給要件確認のため、 年度以降の受給者本人の所得状況の確認に同意します。

受給者	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏 名		個人番号		
加入 医療 保 険	被保険者氏名		受給者との 続 柄	住 所	
	保 険 種 別		被 保 険 者 証 の 記 号 番 号		付加給付金の 等 有 無 有 無
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名		所 在 地		

(注) この申請書を提出するときは、被保険者証を提示してください。