様式第６号（第１１条第１項）

年　　月　　日

　四街道市長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  | 番号 |  |
| 振込先 | （金融機関コード：　　　　　）　　　（支店コード：　　　　　）　　　　　　　　銀行 |
| 　　　　　　　　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 |  |  |