様式第１号（第２条関係）

心身障害者（児）医療費助成資格認定申請書

年　　月　　日

能美市長　　宛て

申 請 者　住 所　能美市
（窓口に来られた方）
氏 名

医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

医療費の助成資格の認定に必要な税関係書類を調査することに同意します。

対象者	住　所	□申請者と同じ 能美市				電 話（日中連絡可能な連絡先） （　　）　　－	
	フリガナ 氏　名		男・女	生年月日	年　　月　　日	受給者番号	交付
				申請者との続柄			窓口 郵便 （　/　）
	フリガナ 氏　名		男・女	生年月日	年　　月　　日	受給者番号	交付
				申請者との続柄			窓口 郵便 （　/　）
申請事由	１　出生 ２　手帳交付　（身体・療育・精神） ３　転入（　　年　　月　　日転入）				４　程度変更（　　→　　） ５　その他（　　）		
加入健康保険	被保険者氏名	□申請者と同じ	対象者との続柄		保険者所在地		
	保険者名称	□能美市（国民健康保険） □石川県後期高齢者医療広域連合 □全国健康保険協会 ＿＿＿＿＿＿ 支部 □＿＿＿＿＿＿＿＿健康保険組合・共済組合 □その他（　　）			記号	番号	
					保険者番号		

金融機関名		普通預金口座番号	口座名義（カタカナ）
銀行 金庫 農協	支店		

本人又は保護者	□申請者と同じ 住所　能美市	氏名
（本人又は保護者の）配偶者	□申請者と同じ 住所	氏名
扶養義務者	□申請者と同じ 住所　能美市	氏名　　対象者との続柄

※対象者の加入している健康保険証の写しを添付してください。

※振込先の口座番号が確認できる通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。