

年 月 日

(宛先) 野田市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

野田市医療的ケアを必要とする在宅重度身体障がい者一時入院支援事業利用認定申請書

野田市医療的ケアを必要とする在宅重度身体障がい者一時入院支援事業の利用認定について次のとおり申請します。

対象者	住 所				
	氏 名			性別	男 女
	生 年 月 日	年 月 日			
	医療的ケアの種別				
	かかりつけ医				
保護者	住 所			続柄	
	氏 名			性別	男 女
世帯構成	氏 名	続 柄	氏 名	続 柄	
加入保険	保 険 者 名				
	保 険 者 番 号				
	保 険 種 別	1 健康保険 2 共済組合 3 国保 4 国保組合 5 後期高齢 6 その他			
	被 保 険 者 氏 名				
	記 号 番 号	記号		番号	
	資 格 取 得 年 月 日	年 月 日			
他受給券情報	受給券の種類	1 重度心身 2 子ども医療 3 なし			
	受給者番号				
	自己負担額	1 無料 2 300円			
	資格取得年月日				
	有効期間				

※市記入欄受給者番号