

年 月 日

(宛先) 野田市長

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

野田市重度心身障がい者医療費助成認定申請書

重度心身障がい者医療費の助成の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			
世帯構成	氏 名	続 柄	氏 名	続 柄	
加入医療保険	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			

野田市重度心身障がい者医療費助成金支給条例施行規則第5条第2項の規定により、医療費として助成する額を算定するために、必要な市町村民税の課税の状況を市において確認することに同意します。

申請者氏名

㊞

※市記入欄  
受給者番号

--