



65歳以上障がい者医療費受給資格認定申請書

菰野町長あて

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住 所 **菰野町大字潤田1250番地**

氏 名 **菰野 太郎**

(電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

次のとおり、障がい者医療費受給資格の認定を受けたく申請します。
なお、この申請につき町長が資格認定及びその更新に当たり所得状況などの必要事項を調査することを承諾するとともに、手続きに必要な者の個人番号を菰野町が取得することについて同意します。

個人番号			
氏 名		性 別	生年月日
菰野 太郎		男	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
後期高齢者医療 被保険者番号	(交付年月日 年 月 日)	医療費助成 受給資格証番号	
保険の種類	後期高齢者医療保険		
障がい程度	級 (A・B)	交付年月日	年 月 日交付

区 分	県単・町単	認定日	年 月 日	電算入力者
備 考	R . 1 . 1	町内住所	有・無	
	R . 1 . 1	町内住所	有・無	

◇ 障がい者医療助成から65障医療助成へ変更のため**資格喪失**