

第1号様式(第2条関係)

北谷町重度心身障害者(児)医療費
受給資格者認定申請書

年 月 日

北谷町長 様

住 所

申請者

氏 名

印

下記のとおり、関係書類を添えて、重度心身障害者(児)医療費受給資格者の認定を申請
します。

対象 障害 者	ふりがな			男・女	生年	年 月 日		
	氏 名			女	月 日			
	障 害 状 況	身体障害 の 状 況	程 度 (級別)	1・2級				
			身体障害者手帳 番 号	第 号	年 月 日			
障 害 状 況	知的障害 の 状 況	程 度	最重度(A ₁)・重度(A ₂)					
		療育手帳番号	第 号	年 月 日				
保 護 者	氏 名			対象者との続柄				
	住 所							
保 険 の 状 況	種 類	国・健・船・共()			記号 番号			
	被保険者氏名			対象者との続柄				
	保 険 者 名			附 加 給 付	支給制限額 有()無			
添 付 書 類	1 身体障害者手帳 2 療育手帳 3 保険証 4 住民票 5 所得証明							