

様式第1号(第2条関係)

西原町重度心身障害者(児)医療費
受給資格者認定申請書

年 月 日

西原町長 殿

住所
申請者
氏名



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	生年月日	年 月 日	
	氏名					
	障害状況	身体障害の状況	程 度(級別)	1・2級		
			身体障害手帳番号	第 号	年 月 日	
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		付 加 給 付	支給限度額 有()・無		
添付書類	1 身体障害者手帳 2 療育手帳 3 保険証 4 預金通帳の写し 5 所得証明書(児童手当用) 6 その他					