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：

TEL：

No.	

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。

対象者	ふりがな			男・女	生年月日	年　月　日
	氏　名					
	障害状況	身体障害	程度(級別)	1級　・　2級		
			身体障害手帳番号	沖縄県　第　号 年　月　日		
		知的障害	程度	最重度(A1)　・　重度(A2)		
			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					
加入保険	保険者			記号番号		
	被保険者氏名			対象者との続柄		
振込先	金融機関	銀行		支店名	支店	
	口座番号			口座名義人		
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					

取得日	令和　年　月　日	