様式第1号(第2条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国頭村重度心身障害者(児)医療費  受給資格者認定申請書  年　　月　　日  国頭村長　　　　　　　　様  住所  申請書提出者(※1)  氏名　　　　　　　　　　㊞    続柄　（　　　　　　　）  （連絡先：　　　　　　　　）  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。 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 申請者 | ふりがな |  | | | | | 男・女 | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |  |
|  | 氏名  個人番号 | ㊞ | | | | |  |
|  | 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 | | |  |
|  | 知的障害の状況 | | 程度 | | | | | | 最重度(A)・重度(B) | | |  |
|  | 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　住民票謄本　　　　5　所得課税証明書もしくは同意書 | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

(※1)申請書提出者が障がい者本人でない場合は、事実関係を確認できる書類を添付。

医療費助成についての連絡先　申請書提出者と異なる場合記入。

住所：

氏名：

電話：