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：