

様式第1号（第2条関係）

与那国町重度心身障害者（児）医療費受給資格者認定申請書

年 月 日

与那国町長 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 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		
			身体障害者手帳番号		第 号 年 月 日		
障害状況	精神薄弱 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 險 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						