

宮古島市重度心身障害者（児）医療費 受給資格者認定申請書

年 月 日

宮古島市長 様

住所

申請者 氏名

電話

住所

代理人 氏名

電話

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			
	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				附加給付	支給制限額 有（ ）・ 無		
添付 書類	1. 身体障害者手帳の写し 2. 療育手帳の写し 3. 保険証の写し 4. 通帳の写し 5. 所得証明書							