

様式第1号(第2条関係)

心身障がい者医療費助成認定申請書

年 月 日

琴浦町長 様

住 所 琴浦町
申請者
氏 名

印

心身障がい者医療費の助成を受けたいので受給資格の認定を申請します。

なお、認定するにあたり必要な事項について税情報等の調査を行うことに同意します。

記

申請者住所	琴浦町			
申請者氏名				
生 年 月 日				
保 険 証 号	記号		番号	
身体障害者手帳の内容	交付番号	県 第 号	交付年月日	年 月 日
	等 級	第 級		
療育手帳の内容	交付番号	県 第 号	交付年月日	年 月 日
	障害の程度			
精神保健福祉手帳の内容	交付番号	県 第 号	交付年月日	年 月 日
	等 級	第 級		

添付書類

- 1 身体障害者手帳、療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳の写し
- 2 保険証又は組合員証の写し
- 3 公費負担医療受給者証の写し