

竹富町重度心身障害者（児）
医療費受給資格者認定申請書

年 月 日

竹富町長 殿

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	印				
	障 害 状 況	身体障害 の 状 況	程 度（級別）		1 級 ・ 2 級	
			身体障害者手帳番号 及び 交 付 年 月 日		第 号 年 月 日交付	
者	精神薄弱 の 状 況	程 度		最重度（A） ・ 重度（B）		
		療 育 手 帳 番 号 及 び 交 付 年 月 日		第 号 年 月 日交付		
保 護 者	氏 名				対象者との続柄	
	住 所					
保 險 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
書添 類付	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. 住民票 5. 本人および扶養義務者の所得課税証明書 6. 通帳の写し（本人名義）					