

	受付		入力	
--	----	--	----	--

那覇市重度心身障がい者医療費等助成受給者証交付申請書

那覇市長 殿 令和 年 月 日
 下記のとおり、必要書類を添えて、重度心身障がい者医療費等助成受給者証の交付を申請します。
 なお、この申請にあたり、那覇市の担当職員が、受給資格の確認に必要な事項について、那覇市の関係各課又は沖縄県後期高齢者広域連合に調査、照会又は閲覧することを承諾します。
 また、重度心身障がい者医療費等助成の新規申請及び資格更新のため、対象者の世帯所得課税状況につき、那覇市長が地方税関係情報等を取得することに同意します。

申請者（本人又は監護者）

氏名	本人との関係	連絡先
_____	_____	_____
住所		

対 象 者	フリガナ		資格取得日（ 年 月 日）	
	氏 名		送 付 先	住 所
	生年月日			宛 名
	住 所		点 字 印 刷 必 要 不 要	
	個人番号			

身 障 手 帳	等 級		交 付 日	
	手帳番号		再交付日	

療 育 手 帳	障 害 の 程 度 （ 総 合 判 定 ）		手 帳 番 号	
	判 定 日		次 回 判 定 月	
	交 付 日		再 交 付 日	

特別児童扶養手当 1 級 障害基礎年金 1 級

健 康 保 険	記号・番号		被保険者氏名		対象者との関係
	保険者番号		保険者名称		

振 込 口 座	金融機関名		支店名		
	口座番号		普通預金 その他（ ）	名義人氏名 （ カ ナ ）	

配 偶 者	氏 名		扶 養 義 務 者	氏 名	
	個人番号			個人番号	