

沖縄市重度心身障がい者（児）医療費助成金申請書

記入例

窓口に来られた方 氏名 沖縄 太郎

住所 沖縄市 仲宗根町 2 6 - 1

電話番号 0 9 8 - 9 3 9 - 1 2 1 2

別紙のとおり沖縄市重度心身障がい者（児）医療費助成を申請します。

空白で構いません