

沖縄市重度心身障がい者（児）医療費助成金申請書

窓口に来られた方 氏名

住所 沖縄市

電話番号

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。

受給資格者番号		取得年月日	
氏名		生年月日	
加入 医療 保険	被保険者氏名		
	記号・番号		
	名称		
<ul style="list-style-type: none"> ・70歳未満 ・70～75歳未満 ・後期高齢 		<ul style="list-style-type: none"> ・課税 (1. 上位/現役並み 2. 一般) ・非課税 (3. 区分Ⅱ 4. 区分Ⅰ) 	

※ ここから下は、記入する必要はありません。

処 理 欄		一部負担金	食事療養費	付加給付	高額療養費	支給額
	月					
	月					
	月					
	月					
	月					
	月					
	月					
	月					
	月					
	月					
	月					
	月					

枚数

枚

合計支給額

円

入力