

別記第1号様式（第8条第1項）

茂原市重度心身障害者医療費助成受給資格認定申請書

年 月 日

(宛先)茂原市長

申請者 住所

氏名

電話

次の者について医療費助成の受給資格の認定を受けたいので、茂原市重度心身障害者の医療費助成に関する条例施行規則第8条第1項の規定により申請します。

ふりがな 氏名		申請者との続柄	
生年月日	年 月 日	性別	男・女
住所			
障害程度	身体障害者手帳	級	
	療育手帳		
	精神障害者保健福祉手帳	級	