

重度心身障害者(児)医療費支給申請書

平成 年 月 日

長南町長 様

申請者 住 所
氏 名 印

平成 年 月分の重度心身障害者(児)医療費は別紙重度心身障害者(児)医療費受領証明書を添えて申請いたします。