様式第１３号（第10条関係）

|  |
| --- |
| 更生医療給付申請書　　　　　　年　　月　　日住所　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　㊞性別　　男・女　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　八頭町長　　　　様私は、更生医療を受けたく申請します。 |
|  | 身体障害者手帳番号 | 　　　　　　都道府県（市）第　　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日交付 |  |
| 障害名 |  |
| 保険証等の状況 | 種類 |  |
| 保険者等の名 |  |
| 記号・番号 |  |
| 備考 |  |
|  |

※　私は、更正医療給付の決定について、必要な課税状況等を調査されることに同意いたします。

署名　　　　　　　　　　㊞