

第5号様式

重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

(あて先) 成田市長

住 所
申請者 氏 名 ⑩
電話番号

(※本人による自署の場合、押印省略可能です。)

年 月分重度心身障害者医療費の助成を受けたいので、申請します。