

重度心身障がい者
ひとり親家庭等 医療費支給申請書

令和 年 月 日

浜中町長 様

申請者 住所
氏名 ④
電話 - -
対象者との続柄

重度心身障がい者
ひとり親家庭等 医療費の支給を受けたいので証拠書類を添えて申請します。

記

申 請 者	受給者番号			医療保険 記号番号		
	氏名			生年月日	年	月 日
内 容	住所					
	療養を受けた 病院の名称 及び所在地	名称				
		所在地				
	診療 の 内 容	入院別 入院外	入院・入院外	療養の 期間	自 至	年 月 日 年 月 日
発病の原因				療養日数	月 (日)	
療養に要 した費用	円					
医 療 費 の 支 払 方 法	1. 現金払 2. 口座払	金融機関名	銀行		支店	
		口座番号	普・当 名義			
町長	副町長	課長	係長	係	決 定 年 月 日	年 月 日
※ 決 定 欄	1. 上記申請内容を審査の結果、次のとおり支給する。					
	2. 次の理由により上記申請を却下する。					
	支給決定	総医療費	保険給付費	高額療養費	附加給付及び 保険対象外額	一部負担金
却下理由						

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。