

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費支給申請書

年 月 日

斜里町長 様

申請者 住所 斜里町本町12番地
氏名 斜里 花子 印
受給者との続柄 母
(電話番号 23- 3131)

重度心身障害者医療費・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

申請内容	受給者番号	000000		医療保険記号・番号				
	住所	斜里町本町12番地						
	氏名	斜里 町子		生年月日	○年 △月 ×日			
	個人番号							
	医療機関受給	名称						
		所在地						
	診療内容	入院別	入院・入院外		療養の期間	自	年 月 日	
		発病の			療養日数	月(日)		
		療養に用いた費用	円					
	医療費の	1 現金払	金融機関名	○○○○		銀行	△△△ 支店	
支払方法	2 口座払	口座番号	口座番号		1234567	名義人 斜里 花子		
※決定欄	課長		係長		係		決定年月日	年 月 日
	1 上記申請内容を審査結果、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	保険給付額	高額療養額	付加給付及び保険対象外額	診療時一部負担金	支給決定額	
却下理由								

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。