

重度心身障害者 ひとり親家庭等 医療費支給申請書

平成 年 月 日

美幌町長 土谷 耕治 様

債権者番号

新規

変更

口座・住所・

その他 ()

〒092-

住所 美幌町字

申請者

氏名

(Tel -)

Ⓜ

重度心身障害者
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

受給者	受給者証 記号番号	1586	親初 親課	障初 障課	老初 老課	医療保険	国保・後期・共済 協会けんぽ ()
	住所	同上・美幌町字					
	氏名				生年月日	T S H	年 月 日
医療を受けた 病院等	名称						
	住所						
診療の 内容	入院 入院外の別				療養の期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	
	発病の原因				療養日数	月 (日)	
	療養に 要した費用	補助対象		補助対象外		計	円
振込先	銀行 信用金庫 農協	本店	当座	(口座番号)		(カタ)	

◎字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。署名により、記名押印を省略することができます。

自己負担 (月分)	
入院	
外来	
歯科	
調剤	
その他	

自己負担 (月分)	
入院	
外来	
歯科	
調剤	
その他	

自己負担 (月分)	
入院	
外来	
歯科	
調剤	
その他	

自己負担 (月分)	
入院	
外来	
歯科	
調剤	
その他	

自己負担 (月分)	
入院	
外来	
歯科	
調剤	
その他	