

重度心身障害者
医療費支給申請書
ひとり親家庭等

年 月 日

美幌町長 様

住 所 美幌町字

申請者 氏 名 () 印

(-)

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	障初 障課	老初 老課	医療保険	
	住 所	美幌町字				
	氏 名		生年月日	年	月	日
医療を受けた 病院等	名 称					
	住 所					
診療の 内 容	入 院 別 入院外の別		療養の期間	自 至	年	月 日
	発病の原因		療養日数	月(日)		
	療 養 に 要した費用					
振込先	銀 行 (加付) 信用金庫 本 当座 農 協 支店 普通					備 考