

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

美幌町長 様

住 所 美幌町字

申 請 者  
氏 名

(TEL ー )

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 記号番号	
	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 入院外の別				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	入 院 外 来 歯 科 調 剤 その他	補助対象 円 円 円 円	補助対象外 円 円 円 円		計	円
振込先	銀 行 (カカ) 信用金庫 本 当座 農 協 支店 普通					備 考	