

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 (印)
(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 別 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 (カナ) 信用金庫 本 当座 農 協 支店 普通						備 考

◎字は、楷書（かいしょ）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。