

重 度 心 身 障 が い 者 医 療 費 助 成 金 支 給 申 請 書

令和 年 月 日

倶 知 安 町 長 様

申請者 住 所

氏 名 ⑩

受給者との続柄

電話番号

重度心身障がい者医療費助成金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	受 診 者 番 号						医 療 保 険 記 号 ・ 番 号				
		住 所										
		フリガナ						生年月日	平成 年 月 日			
		氏 名										
	医 療 受 院	名 称										
		所 在 地										
		入 院 外 診 療 の 内 容						療 養 の 期 間	自 至	年 年	月 月	日 日
	支 払 方 法	発 病 の 原 因						診 日	療 数	月 (日)		
		療養に要し た 費 用	円									
	医 療 費 の 支 払 方 法	1. 現 金 払	金 融 機 関 名		銀 行 支 店							
2. 口 座 払		口 座 番 号		名 義 人								
※ 決 定 欄	課長		室長		係長		係		決定年月日	令和 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	保険給付費		高額医療費		付加給付及び 保険対象外額		初 診 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。