

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

江差町長 様

申請者	住所	
	氏名	
	電話番号	
	受給者との続柄	
	個人番号	

重度心身障害者医療費・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

申請内容	受給者	受給者番号			医療保険 記号・番号					
	受給者	住所								
		氏名				生年月日	年 月 日			
	医療を受けた病院	名称								
		所在地								
	診療の内容	入院別	入院 ・ 入院外		療養日数	月 (日)				
		療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
		療養に要した費用	円							
	医療費の支払方法	<input type="checkbox"/> 現金払 <input type="checkbox"/> 口座払		金融機関名	銀行・金庫・農協・漁協					
		種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	本店・支店・支所					
名義人 カ ナ										
※ 決定欄	課長		主幹		係長		係		決定年月日	年 月 日
	1 上記申請内容を審査の結果、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	保険給付額	高額療養費	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。