

別記第8号様式（第8条関係）

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

幌延町長 様

申請者 住 所 天塩郡幌延町  
氏 名  
受給者との続柄

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							
		住 所										
		氏 名			生年月日	大・昭・平・令	年	月	日			
		個人番号										
	医療機関名	名 称										
		所 在 地										
	診療内容	医療区分	入院・外来・歯科・調 剤		療養の期間	年	月	日から 日まで				
		病 名			療 養 日 数	日						
	医 療 費 の 支 払 方 法	種 別	<input type="checkbox"/> 現金払	金融機関名								
			<input type="checkbox"/> 口座払	店 舗 名								
<input type="checkbox"/> 普通			口座番号									
<input type="checkbox"/> 当座			名 義 人									
※ 決 定 欄	課長		主幹		係長		担当		決定年月日	年	月	日
	1 上記の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	給 定	総医療費	保険給付費	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 理	下 由											

(注) ※欄は記入しないでください。