

別記第7号様式

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

西興部村長 殿

申請者 住所  
氏名 印  
対象者との続柄

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	年 月 日				
	医けたを病受院	名称								
		所在地								
	診療の内容	入院別	入院	入院・入院外		療養の期間	自	年 月 日		
			入院外				至	年 月 日		
		発病の原因				療養日数	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		口座番号 名義人						
※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	保険給付費	自己負担額	付加給付及び保険対象外額	自己負担限度額	支給決定額			
却下理由										

(注) 申請書は※欄は記入しないでください。