

別記第7号様式

重度心身障害者  
母子家庭等 医療費支給申請書

年 月 日

西興部村長 殿

申請者 住所  
氏名  
対象者との続柄 印

重度心身障害者医療費・母子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				
	医けたるを病受院療の内容	名称								
		所在地								
	を病受院療の内容	入院 入院外	別	入院・入院外	療養の期間	自	年 月 日	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 2 口座払		金融機関名	銀行 支店					
				口座番号	口座番号 名義人					
決定欄	課長		補佐		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	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) 申請書は 欄は記入しないでください。