

重度心身障がい者
ひとり親家庭等 医療費支給申請書

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

浜中町長 様

申請者 住所 浜中町霧多布東4条1丁目35番地1
氏名 浜中 花子
電話 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇
対象者との続柄 本人



重度心身障がい者
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

申請者	受給者番号	7418529		医療保険 記号番号	浜中-〇〇〇〇		
	氏名	浜中 花子		生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	住所	浜中町霧多布東4条1丁目35番地1					
請	療養を受けた 病院の名称 及び所在地	名称	〇〇クリニック 外				
		所在地	〇〇市〇〇町〇〇条〇〇丁目〇〇番地				
内容	診療 入院別 入院外	入院・ 入院外	療養の 期間	自 至	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	の 発病の原因	気管支炎		療養日数	月 (2日)		
	療養に要 した費用	2,000円					
医療費の 支払方法	① 現金払 ② 口座払	金融機関名	〇〇銀行 〇〇支店				
		口座番号	③ 普 当 9999999 名義 浜中 花子				
町長	副町長	課長	係長	係	決定 年月日	年 月 日	
※ 決	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。						
定 欄	支給決定	総医療費	保険給付費	高額療養費	附加給付及び 保険対象外額	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。