

# 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

赤平市長 様

申請者 住 所

氏 名 印

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	年	月	日
	医療を受けた病院	名 称							
		所 在 地							
	診療の内容	入院別 入院外	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	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	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、適当と認められたので支給を決定する。								
	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	保険給付額	高額療養費	付加給付及び 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。