

重度障害者医療費助成事業医療助成費支給申請書

						支給決定額*		円
負担者番号	.....					世帯主組合 員/被保険 者氏名		
受給者番号	.....							
保険の種類	国保 日雇	組合 船員	政管 共済	被保険者証 記号番号				
保険者名	符号			名称				
対象者氏名					生年月日	年 月 日		
申請の種類	一般 歯科 薬剤 看護 移送 補装具 その他							
入院・入院外の別	入院 入院外							
診療等を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで							
医療費総額	円							
支給申請額	円							
病院等の名 所 在 地								
申請の理由 (詳細に記入)								
支給額は、下記の口座にお振り込み下さい。								
振込先 金融機関	銀行 協 信金庫		普通 当座	口座番号				
	本・支店 本・支所			フリガナ				
				口座名義				
<p>上記のとおり、重度障害者医療費助成事業の医療助成費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>開成町長 様</p> <p style="text-align: right;">住 所 開成町.....</p> <p style="text-align: right;">氏 名 .....印</p>								

(注意) \*印欄は記入しないで下さい。