

重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和 年 月 日

鶴居村長 大石 正行 様

申請者 住 所

氏 名 ㊞

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 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 院 受 院	名 称								
		所 在 地								
	診 療 の 内 容	入 院 別	入院 ・ 入院外		療 養 の 期 間	自 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 機 関 融 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		補 佐		係 長		係		決 定 日	令和 年 月 日
	1 上記申請内容を審査結果、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	保険給付額	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 理 下 由									

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。