別記第１０号様式の２

重度心身障害者・ひとり親家庭等　医療費支給申請書

　　年　　月　　日

苫　　前　　町　　長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所　苫前町字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印

重度心身障害者、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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受  給  者 | 受給者証  記号番号 | | 第　　　　　号 | | | | | | | | 医療保険  記号番号 | | |  |
| 住　　所 | | 苫前町字 | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 病院名 | 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | | | | |
| 診療の内容 | 入院、入院外の別 | | 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　　　（点数　　　　　点） | | | | | | | | | |
| 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 | | 番号　　　　　　　　名義人 | | | | | | | |