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 |