

様式第9号(第10条関係)

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費助成申請書

年 月 日

枝幸町長 様

個人番号

住 所

申請者

氏 名

(電話番号)

印

重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

受給資格者	受給者番号			個人番号		
	受給者氏名			負担割合	初診時一部負担金	
	生年月日	年	月		日	1割
振込先口座	金融機関			加入医療保険		
	口座番号	普通・当座		保険者の名称		
	口座名義			保険の記号・番号		
医療を受けた病院等	住所					
	名称					
診療内容	診療区分		療養の期間	年 月 日から	診療日数	日間
				年 月 日まで		
申請理由	1. 受給者証交付前 2. 受給者証の未提示 3. 道外診療 4. 補装具 5. 医療保険証の未提示 6. その他 ()					

支給決定年月日 年 月 日

支給決定額 金 円					
保険診療額	保険者負担額	自己負担額	一部負担金	高額療養費	支給額