

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<br>1割 |
|           | 生年月日   | 年 月 日 |          |                |
| 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<br>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<br>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 |
|           |        |       |       |       |     |