

重度心身障害者・ひとり親家庭等・乳幼児等医療費支給申請書

令和 年 月 日

上ノ国町長

殿

申請者 住所

重度心身障害者・ひとり親家庭等・乳幼児等医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請いたします。

氏名

印

受給対象者	(受給者番号)	重 度 ひとり親	(氏名) 〔 〕	(生年月日)	歳	受取方法	金融機関名	支店名	分類	口座番号	(フリガナ) 口座名義	
	加入保険(共済)の 名称・記号番号・所在地			名 称			1. 金融機関					
				記号番号								
			所 在 地					支店コード				
*添付書類 医療機関の発行した領収書												
						2. 窓 口	・ 出納室 ・ 湯ノ岱出張所 ・ 石崎出張所					

↓ ここからは担当課で記入

対 象 者 区 分							
1. 重度	2. ひとり親	3. 乳幼児					
		a. 3歳未満	b. 未就学 (非)	c. 未就学 (課)	d. 小学生 (非)	e. 小学生 (課)	f. 中学生以上・所得制限
		9 0		9 1		9 2	

区 分	件数 件	自己負担額		交付額 (A)+(B)	公費負担区分 (内訳)				
		医療費(A)	初診時一部負担(B)		重度	ひとり親	9 0	9 1	9 2
入 院									
通 院									
調 剤									
歯 科									
その他									
合 計	件	円	円	円	円	円	円	円	円

支給予定日

令和 年 月 日

課長等	主 幹	主 査 等

上記のとおり支出してよろしか。

令和 年 月 日

上記申請内容について確認しました。

確認者