様式第7号（第7条関係）

乳　幼　児　等
重度心身障がい者　医療費給付金支給申請書
ひとり親家庭等

平成　　年　　月　　日

夕張市長　様

申請者　住 所
氏 名
（電話　　―　　）

医療費給付金の申請を受けたいので申請します。

受給者証記号番号						
診療を受けた者	フリガナ 氏　名	男・女 申請者との続柄（　　）		（住所）		
	生年月日	年　月　日生				
診療期間（実日数）	入　院	年　月　日から　年　月　日（　日間）				
	入院外	年　月　日から　年　月　日（　日間）				
医療機関等	医療機関名					
	本人支払額 一部負担金	円	給付割合	割		
	（摘要）		付加給付	有　・　無		
			※			
加入している医療保険	記号番号		保険区分	政・組・日・船・共・国・国組・後		
	保険者（発行機関）	名称				
		住所				
	被保険者氏名		診療を受けた者との続柄			
給付金受領方法	1 現金	・本庁（出納室）　・南支所				
	2 口座振込	銀行 金庫 農協	本店 支店	口座番号	当・普　No	
				口座名義（申請者の口座）	（フリガナ）	
※決定額	支給額	円				
	受診区分	入院	通院	調剤	歯科	その他	計
		件 円	件 円	件 円	件 円	件 円	件 円

（注）申請者は※欄は記入しないでください。

決裁	課長	主幹	係長	主査	係