

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

年 月 日

夕 張 市 長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話 ー)

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				(住所) 夕張市						
	生年月日	申請者との続柄() 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。

年 月 日	課 長	主 幹	係 長	主 査	係