

別紙5（第6条、第7条関係）

重度心身障害者  
ひとり親家庭等 医療費支給申請書兼決定書

年 月 日

美 深 町 長 様

届出者 住 所

氏 名

受給者との続柄

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

|                |  |                      |              |          |                  |        |       |
|----------------|--|----------------------|--------------|----------|------------------|--------|-------|
| 受給者            | 受給者証<br>記号番号   |                      | 医療保険<br>記号番号 |          |                  |        |       |
|                | 住 所  |                      |              |          | 生年<br>月日         | 年 月 日生 |       |
|                | 氏 名  |                      | 個人番号         |          |                  |        |       |
| た医療を受け<br>た病院等 | 名 称  |                      |              |          |                  |        |       |
|                | 住 所  |                      |              |          |                  |        |       |
| 診療の<br>内容      | 入院・入院外<br>の別   |                      | 療 養 の<br>期 間 | 自 至      | 年 月 日<br>年 月 日   |        |       |
|                | 発病の原因  |                      |              | 療 養 日 数  | 月（日）             |        |       |
|                | 療 養 に 要<br>した 費 用  | 円                    |              |          |                  |        |       |
| 支払方法           | 現 金 払<br>口 座 振 込   | 銀行・信金 本店・支店<br>農協 本所 |              | 口座<br>番号 | 普通<br>当座         |        |       |
|                | 口座名義人  |                      |              |          |                  |        |       |
| ※決定欄           | 副町長  | 課 長                  | 主 幹          | 副主幹      | 係 長              | 担 当    |       |
|                |  |                      |              |          |                  |        |       |
|                | 1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので支給を決定する。<br>2 次の理由により上記申請を却下する。 |                      |              |          |                  |        |       |
|                | 支<br>給<br>決<br>定   | 総医療費                 | 保険給付額        | 高額療養費    | 付加給付及び<br>保険対象外額 | 一部負担金  | 支給決定額 |
|                |  |                      |              |          |                  |        |       |
|                | 却下理由   |                      |              |          | 決定年月日            | 年 月 日  |       |

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。