

様式第4号(第9条関係)

心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

穴水町長 殿

住 所 穴水町字
(申請者)

氏 名 ㊟

下記医療費領収書のとおり医療費、施術料、薬剤費を支払いましたので申請します。

振 込 先	銀行. 信用金庫. 農協			支店	支所
口 座 番 号		受 給 者 証 番 号			
受 給 者 の 氏 名		生 年 月 日			
被 保 険 者 の 氏 名		続 柄			
被 保 険 者 証 の 記 号 、 番 号		被 保 険 者 証 の 発 行 機 関 名			
診 療 報 酬 額	保 険 者 負 担 額	付 加 給 付 額	自 己 負 担 額	給 付 決 定 額	
医 師 証 明 書					
病 名					
診 療 期 間	月 分	年 月 日 から	年 月 日 まで	通 院	入 院
上記のとおり証明します。					
年 月 日					
医療機関の所在地					
医療機関名称 ㊟					