

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<br>記 号 、 番 号                      |              | 被 保 険 者 証 の<br>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<br>年 月 日 まで     | 通 院<br>入 院 |           |
| 上記のとおり証明します。<br>年 月 日<br>医療機関の所在地<br>医療機関名称 ㊟ |              |                          |            |           |