

様式第5号 (第9条関係)

太子町重度障がい者医療費助成申請書

太子町長 様

年 月 日

申請者 住 所

(保護者) 氏 名 ⑩

受給者との続柄 電話

受給者番号

下記のとおり医療費の助成を申請いたします。
 なお、下記のとおり口座振替によって支払ってください。

※申請者の欄及び太線わく内について記入してください。

受給者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
加入医療保険	被保険者等名		保険種別 協・組・日・船・共・国・国組・その他	
	記号番号		発行機関	
	自己負担割合	割	附加給付	有 ・ 無
振込先			預金種目	普通 ・ 当座
銀 行 協 支 店			口座番号	
			フリガナ	
			口座名義人	
医療機関の窓口で医療費を支払った理由	1 大阪府外での受診 2 医療証未交付中の受診 3 その他 ()		医療費助成申請額	円

領 収 書

※右の領収書は医療機関等において記入してもらってください。

様にかかる 年 月分 診療費領収額	保険診療総点数	点	医療区分	医科・歯科・調剤・その他()
	公費負担区分(結核・精神等)	点	入院・入院外	
保険扱 円	診療期間		年 月 日から 年 月 日まで	
食事療養費 円	(診療実日数		日間)	
その他 円	合計	円		
医療機関等	住 所 名 称 氏 名	印		

町 処	医療費総額	高額療養費	家族療養附加金	助 成 決 定 額	
	円	円	円	円	
理 欄	【備 考】			受 付	