

別記第8号様式

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費支給申請書

年 月 日

寿都町長 様

申請者 住 所
氏 名



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。

記

受給者	受給者証 記号番号	第 号	医療保険 記号、番号	
	住 所			
医療を受けた 病院等	氏 名		生 年 月 日	年 月 日生
	名 称			
診療の 内容	住 所			
	入院、入院 外の別		療養の期間	自 年 月 日 至 年 月 日
	発 病 の 原 因		療 養 日 数	月(日)
理 由	療養に要 した費用	円		

振込先

金 融 機 関 名

口 座 名

口 座 番 号