

重度心身障がい者
ひとり親家庭等

医療費支給申請書

年 月 日

南幌町長様

申請者住所 南幌町

氏名

印

電話番号

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

受給者	受給者番号	第 号	保険記号番号	
	住所	南幌町		
	氏名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
病院	名称			
	住所			
診療内容	入院・入院外等の別		療養の期間	自 年 月 日 至 年 月 日
	発病の原因			
	費用	円		
振込先	金融機関	銀行・信用金庫		支店
	口座番号		名義	
備考				