**様式第８号（第７条関係）**

**重度心身障がい者**

**医療費支給申請書**

**ひとり親家庭等**

**令和　　　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** | |  | | | | | | | | |