

別記第8号様式(第8条関係)

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

ニセコ町長 様

住所：

氏名：

申請者

個人番号：

電話番号：

重度心身障害者医療費・ひとり親家庭等医療費の支給を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

申請内容	受給者	受給者番号				個人番号											
		氏名				生年月日		年 月 日 (歳)									
		加入医療保険の種別		国保・協会けんぽ・組合健保・共済組合・国保組合・後期・その他				保険者番号									
			記号・番号														
	医療を受けた病院	名称															
		所在地															
	診療内容	入院・入院外の別		入院・入院外		療養の期間		自 至		年 月 日		年 月 日					
				発病の原因								療養日数					
				療養に要した費用		金 円											
	医療費の支払方法	振込		金融機関名 (支店)													
口座番号 口座名義																	
※決定欄	課長		係長		係		提議		決定年月日	年 月 日							
	1 上記申請内容を審査の結果、次のとおり支給する。 2 次の理由により上記申請を却下する。 却下理由：																
	支給決定	総医療費	保険給付費		高額療養費		附加給付及び保険対象外額		自己負担額		支給決定額						

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。