重度心身障がい者
ひとり親家庭等 医療費支給申請書

令和 年 月 日

網走市長 様

申請者 住 所 網走市
氏 名
個人番号
受給者との続柄 電話番号 -

重度心身障がい者医療費・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

申請内容	受給者	受給者番号			医療保険		
	給	住所	網走市				
	者	氏名			生年月日	年 月 日	
					個人番号		
	医 療 た を 病 受 院	名称					
		所在地					
	診 療 の 内 容	入院・入院外の別	入院・入院外		療養の期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日
		発病の原因			療養日数	日	
		療養に要した費用	本人負担	無料・1割	円		市民税
	医療費の請求方法	1. 現金払	金融機関名	銀行 信金 支店			
	2. 口座払	口座番号	口座番号	名義人(対)			
※	1. 上記申請内容を審査結果、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。						
支 給 決 定 欄	総医療費	保険給付額	高額療養費	付加給付及び保険対象外額	初診時一部負担金	支給決定額	
	却下理由						

(注) 申請者は※欄は記入しないで下さい。