

別記様式第8号（第18条関係）

深川市重度心身障がい者医療費支給申請書

年 月 日

深川市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

下記により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。

領収書（原本）の返却を希望する

|            |       |                |                           |          |
|------------|-------|----------------|---------------------------|----------|
| 診療を受けた者    | 受給者番号 |                | 課税区分                      | 初・課      |
|            | 氏 名   |                | 申請者との続柄                   |          |
|            | 生年月日  | 年 月 日          |                           |          |
| 医療保険の記号・番号 |       | 保 険 種 別        | 協会けんぽ・健保組合<br>国保・国組・共済・後期 |          |
| 振込先        | 金融機関名 | 銀行<br>信金<br>農協 |                           | 本店<br>支店 |
|            | 口座番号  | 普通・当座・( )      | フリガナ                      |          |
|            |       |                | 名義人                       |          |

※医療費支給決定伺（市記入欄）

| 医療機関等 | 別紙添付書類のとおり |      | 診療期間 | 別紙添付書類のとおり |                  |
|-------|------------|------|------|------------|------------------|
|       | 件数         | 総医療費 |      | 自己負担額      | 一部負担金<br>(一割・初診) |
| 内 訳   |            |      |      |            |                  |
| 入 院   |            |      |      |            |                  |
| 外 来   |            |      |      |            |                  |
| 歯 科   |            |      |      |            |                  |
| 調 剤   |            |      |      |            |                  |
| その他   |            |      |      |            |                  |
| 合 計   |            |      |      |            |                  |