

深川市重度心身障がい者医療費支給申請書

令和 年 月 日

深川市長 様

申請者 住所
氏名 ⑩
電話番号 —
対象者との続柄

重度心身障がい者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。

申請内容	受給者	受給者番号			医療保険 記号・番号				
		住所							
		氏名			生年月日	年 月 日			
	医療機関 を受けた	名称							
		所在地							
	診療の内容	入院 入院外	入院・入院外		療養の期間	自	年 月 日	至	年 月 日
		発病の原因			療養日数	月（日）			
		療養に要した 費用							
	医療費の支払方法		1 現金払	金融機関	銀行 信金 農協		本店 支店		
			2 口座払	口座番号			フリガナ 口座名義		
※決定欄	課長	主幹		係長	主査 係		決 定 日	令和 年 月 日	
	1 上記申請内容を審査の結果、別紙のとおり支給する。 2 次の理由により上記申請を却下する。								
	却下理由								