

様式第10(第8条関係)

障害者医療費支給申請書

年 月 日

設楽町長 様

申請者 住所
氏名

下記のとおり医療費を支給してください。

受給資格者	受給者証 記号番号		医療保険	記号番号	
	住所			被保険者 氏名	
	氏名			保険者	
	生年月日	年 月 日		付加給付 の状況	有 ・ 無
傷病名		通院区分		入院 入院外	
医療機関	所在地 名称				
医療費総額	円				
申請額	円				
支払方法	金融機関名 () 預金種類 (普通・当座) フリガナ 口座番号 () 口座名義 ()				
申請理由					