

重度心身障害者医療費助成金交付申請書

年 月 日

登別市長 様

住 所 登別市 町 丁目 番地

アパート・マンション名等・部屋番号

氏 名 印

電話番号 ()

申 請 内 容	受給者証 番 号	<input type="checkbox"/> 課 <input type="checkbox"/> 初	医療保険 記号番号				
	氏 名	生年月日		明・大・昭・平・令	年	月	日
	医療費助成金の 支 払 方 法	1 現金払	金融機関名	銀行・金庫 信金・信組			
		2 口座振込	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
ゆうちょ銀行		1	0				
		(カタカナ) 名義人氏名					
重度心身障害者医療費領収書			(年 月分)				
患 者 氏 名	領収金額		入院・入院外の別	入院・入院外			
			診療実日数	日			
			初診回数	回			
年 月 日 発行							
所在地							
医療機関 名称							
開設者氏名		印					

※ 決 定 欄	総括主幹	主査	担当員	決定年月日	令和	年	月	日
				支払年月日	令和	年	月	日
1. 上記申請内容を審査した結果、次のとおり助成する。 2. 次の理由により上記申請を却下する。								
助 成 決 定	総医療費	法定自己負担額	保険給付額	自己負担額	領収金額	助成金決定額		
	円	円	円	円	円	円		
却下理由								