

様式第7号(第8条関係)

重度心身障害者(児)医療費助成申請書

年 月 日

八重瀬町長 様

申請者 住所
氏名 ⑩

次のとおり、一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

受給者番号		被保険者証等の 記号・番号	
受給者氏名		被保険者等氏名	
傷病名			
	療養期間	年 月 日から	年 月 日まで
医療機関	所在地 名称		
医療費総額		申請額	
申請理由 該当する番号 を○で囲む。	1 県内の医療機関等で受診した。 2 県外の医療機関等で受診した。 3 その他()		
添付書類	必要な証拠書類 領収書	金融機関名	
		口座名義人	
		口座番号	