（様式第９号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度障がい者医療費支給申請書  令和　　　年　　　月　　　日  大刀洗町長　殿    　　　申請者　住所　三井郡大刀洗町大字  氏名  電話番号  　　次のとおり、（一部負担金・療養費）を支払いましたので、重度障がい者医療費の支給を  申請します。 | | | | | | | | | |
| 重度障がい者  医療証  の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者証等の  記 号 ・ 番 号 |  |
| 受 給 者 氏 名 |  | | | | | | | 世　帯　主　、  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 | 円 | | | | | | | 申　　請　　額 | 円 |
| 申　請　理　由  該当する番号  を○で囲む | １　医療保険各法による療養費が支給された  ２　県外の医療機関等で受診した  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| （決裁欄） | | | | | | | | | |