

様式第5号(第7条関係)

様式第3号(第5条関係)

重度心身障害者  
ひとり親家庭等 医療費助成申請書  
子ども

※記入上の注意 重度の医療費を申請される際は、受給者1人につき申請書1枚の記入が必要となりますので、ご注意ください。また、申請する際は必ず医療費領収書を添付ください。なお、領収書がレシートなどで明細(保険対象金額、氏名等)が無い場合は、別紙「医療費助成事業用領収書」によって医療機関の領収を受けてください。

受給者番号	受給者氏名	生年月日	審査欄
	ふりがな	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 ( 歳)	円
	ふりがな	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 ( 歳)	円
	ふりがな	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 ( 歳)	円
合 計			円

東川町長 様

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、高額療養費支給申請に必要があるときは、私及び私の世帯の保険加入状況、医療機関に支払った自己負担額の状況及び付加給付金の状況につき、申請者が加入する健康保険者に対し、確認(照会)することに同意します。

申請者		令和	年	月	日
住所		上川郡東川町			
氏名		印			
支払方法	<input type="checkbox"/> 下記指定口座へ入金 <input type="checkbox"/> 窓口払	電話			
振込先金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人(カナ)	
銀行・信金 信組・農協	支店	普通 当座			

※口座名義人は、申請者と同一者とする

上記のとおり決定することを伺います

審査欄	課長	室長	主任等