

様式第8号(第7条関係)

重度心身障害者
ひとり親家庭等

醫療費助成申請書

令和 年 月 日

恵庭市長様

申請者

住所

惠庭市

氏 名

対象者との続柄 本人 ・ その他 ()

電話番号

下記のとおり証拠書類を添えて申請します。

受給者	住 所	※上記と同じ場合は記入不要 恵庭市												
	氏 名					生 年 月 日			大 昭 平 令 年 月 日					
振込先	口座名義人	フリガナ				預 金 項 目			普 通 ・ 当 座 ・ ()					
	金 融 機 関 名	銀行 本店 信用(金庫・組合) 支店 農協 出張所				店番号			口 座 番 号					
医 療 費 の 内 訳		別紙領収書等 (枚) のとおり												

※決定欄	助成申請により、上記のとおり支給してほしいか。			受給者番号	
				負担区分	課（ 1割 ・ 2割 ） ・ 初
				保険割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
				高額医療費	該当（令和 年 月分） ・ 非該当
	支払額			A	円
	高額療養費等			B	円
	一部負担金（初診時一部負担金）			C	円
	支給決定額（A－B－C）				
				円	
	備考	☐ 領収書返却済			
課長	主査	担当	入力	支払予定日	
				令和 年 月 日	

注 ※欄は記入しないでください。