

重度心身障害者
ひとり親家庭等

医療費助成申請書

記入日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

恵庭市長様

記入者の情報 申請者 住所 恵庭市 京町1番地

氏名 恵庭 岳男

対象者との続柄 本人 ・ その他 ()

日中に連絡のとりやすい番号を記入してください 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-

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 □□町〇丁目〇番〇号 〇〇アパート×××号											
	氏名	恵庭 鈴		生年月日	大 昭 〇 年 〇 月 〇 日 平 令								
振込先	口座名義人	フリガナ エニワ タケオ 恵庭 岳男		預金項目	普通 ・ 当座 ・ ()								
	金融機関名	恵庭 銀行 恵庭 本店 信用(金庫・組合) 支店 農協 出張所		店番号	口座番号								
				0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
医療費の内訳		別紙領収書等 (〇 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よろしいか。				受給者番号	申請される領収書の枚数を記入してください				
	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				円					
	高額療養費等				円					
	一部負担金(初診時一部負担金)				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。