

様式第7号(第8条関係)

㊟ 重度心身障がい者等医療費助成申請書

年 月 日

徳島県美波町長 様

住所 _____
 (申請者)
 氏名 _____

美波町重度心身障がい者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第8条の規定に基づき、重度心身障がい者等医療費を助成されるよう関係書類を添えて申請します。

重度心身障がい者等医療費助成申請額		一金		円也	
受 療 年 月			年 月分		
受 給 者	受給者証番号	重徳一第号	加入医療保険	被保険者(組合員)名	
	氏名			保険証記号番号	
	生年月日	年月日		保険者名	

助成額算定欄

本人支払額	—	附加給付額	円	=	助成額
円		療養費支給額	円		円

年 月 日

取扱者

- 注 1 医療機関等で発行された領収書を添付してください。
 2 治療用装具等について保険給付のある場合には「療養費支給済証明書」を添付してください。