

（ 子 ど も
母 子 家 庭 等
障 害 者
精 神 障 害 者 通 院 ）

医 療 費 助 成 申 請 書

年 月 日

大 府 市 長 殿

大府市 町 番地
住 所

申請者 氏 名 (印)

電 話 ー

下記のとおり申請します。

受 給 者	受給者番号	加入医療保険		
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	記号・番号	
	氏 名		保 険 者 名 (保険者番号)	()
	生年月日	年 月 日	被 保 険 者	
振 込 先	金融機関	銀行・信連 支店 農協・信金		
	口座番号	普・当	ふりがな 名 義 人	

支 払 証 明 書

診 療 を 受けた月	診 療 実 日 数	傷 病 名	療 養 に 要 し た 保 険 診 療 総 点 数	保 険 診 療 一 部 負 担 額 (窓 口 支 払 額)	※ 附 加 給 付 額	※ 助 成 決 定 額
入 院						
入 院 外						

上記のとおり支払われたことを証明します。

年 月 日

医療機関等

受給者 様 住 所

氏名 (名称) 印

持参書類：保険証、受給者証、領収書、療養費等の支給額を証する書類。