

子ども  
母子家庭等  
障がい者  
精神障がい者通院

# 医療費助成申請書

令和 年 月 日

大府市長 殿 申請者 住所 大府市 町 番地

氏名

電話

次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 (保険者番号)	( )
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者		
振込先	金融機関	銀行・信連 支店 農協・信金 (店番 )			
	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。

令和 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