

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

申請者 住所 大府市 町 番地
氏名
電話

下記のとおり申請します。

受給者番号		加入医療保険	
受給者	住所	☐ 申請者と同じ	記号・番号
	氏名		保険者 (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 農協・信金 支店	
	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

受給者 様

医療機関等
住所
氏名（名称）