

〔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

年 月 日

大府市長 殿

申請者
住所 大府市 町

氏名

電話

次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	□申請者に同じ		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	普通・当座	ふりがな	
				名 義 人	

診 療 を 月 受 け た	診 療 日 実 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)	付 加 給 付 額 ※	助 成 決 定 額 ※
入 院						
入 院 外						