

〔子ども等
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 番地

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	診 療 日	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						