

〔 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 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 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 | | | | | | |