（様式第９号）

|  |
| --- |
| 重度障がい者医療費支給申請書令和　　　年　　　月　　　日　　　大刀洗町長　殿　　　　　　申請者　住所　三井郡大刀洗町大字　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　次のとおり、（一部負担金・療養費）を支払いましたので、重度障がい者医療費の支給を申請します。 |
| 重度障がい者医療証の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者証等の記 号 ・ 番 号 |  |
| 受 給 者 氏 名 |  | 世　帯　主　、被 保 険 者 等氏　　　　　名 |  |
| 傷　　病　　名 |  |
| 療養期間　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで |
| 医 療 機 関 | 所在地　名　称　 |
| 医　　療　　費総　　　　　額 | 円 | 申　　請　　額 | 円 |
| 申　請　理　由該当する番号を○で囲む | １　医療保険各法による療養費が支給された２　県外の医療機関等で受診した３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （決裁欄） |