

障害者医療費支給申請書

年 月 日

愛川町長 殿

届出人 住 所

氏 名

印

電 話

下記のとおり、障害者医療費の支給を申請します。

記

受給者証番号							
受給者	氏 名						
	生年月日	大正・昭和・平成・令和		年	月	日	
	住 所						
加入保険	被保険者記号番号	別紙のとおり					
	保険種別	別紙のとおり					
	保険者名称	別紙のとおり					
診療年月	別紙のとおり	入院外来区分	入院・外来				
医療機関名称	別紙のとおり						
医療機関所在地	別紙のとおり						
申請理由	1 県外の医療機関等で受診						
	2 医療証交付前の受診						
	3 その他 ( )						
診療科目	医科・歯科・調剤・柔整・看護・補装具・その他 ( )						
総医療費	円						
一部負担額	円						
口座情報	銀行名	銀行・農協・信金・信組・労働金庫					
	支店名	本店・支店・出張所					
	口座番号	普通・当座					
	口座名義人(カタカナ)						