福祉医療 療養費支給申請書

受給者証 番 号		療養を受けた 者の氏名				
医療機関等の 名称・所在地	※2か所以上の場合は記入不要です。		診療月			
			年 月分			
療養費の種別 番号を○で 囲んで下さい	1 重度心身障がい(児)者医療 (一部負担 有・無) 2 ひとり親家庭等医療 3 子育て支援医療 (一部負担 有・無)					
受診時の子どもさんの年齢は… 小学3年生 ☐ 以下 ☐ 以上						
支払方法	1. 口座振込 (登録口座 有・無) 2. 現金払い					
振込先口座	銀行・信組 農協・労金 ()		支店			口座番号
			普通 当座			<input type="text"/>
			口座名義人 (加)			
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 小国町長 仁科 洋一 殿 令和 年 月 日 被保険者 (国保の場合は世帯主) 住 所 _____ 氏 名 _____ 連絡先 () _____						
※担 当者 使用 欄	給付金額	医療費 負担割 負担額			支給決定額	
					_____ 件 _____ 円	