

(様式第9号)

# 重度障がい者医療費支給申請書

年 月 日

芦屋町長 様

申請者 住所 芦屋町  
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。

障がい者医療証の受給者番号							被保険者証等の記号・番号	国保・社保・後期・( )
受給者氏名							世帯主、被保険者・組合員 氏名	
個人番号							個人番号	
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( )							
診療内訳	一部負担金の額 (1)	付加給付額 (2)	その他の控除額 (3)	支給決定額 (4)=(1)-(2)-(3)				
医科(入院・入院外)	円	円	円	円				
その他( )	円	円	円	円				
計	円	円	円	円				

銀行口座に振込を希望される方は下記にご記入ください。

名義人	銀行名	種類	口座番号
カナ	銀行	普	
氏名	信金		
	農協	当	
	支店		