

重度障がい者医療費支給申請書										
年 月 日										
みやこ町長 様										
申請者 住 所										
氏 名										
連絡先										
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（ ）								
振 込 先	金融機関名					支店名		種別		
	銀 行 協同組合 信用金庫					支 店（所）		普通 当座		
	口座名義人					口座番号				
	(フリガナ)									
(決裁欄)										