別記第８号様式（第９条関係）

重度障がい者医療費支給申請書

年　　月　　日

中　間　市　長　様

〒

申請者　住　　所

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、中間市重度障がい者医療費の支給に関する条例施行規則第９条第１項の規定により、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	記号	番号
受給者氏名		被保険者・組合員世帯主、氏名		
受給者生年月日	年　月　日　　歳			
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		入院 外来 その他	
医療費総額	円	申請額	円	
申請理由	１．医療保険各法による療養費が支給された。 ２．県外の医療機関で受診した。 ３．その他（　　）			

総医療費	保険者負担額	療養費支給額	その他の負担額	備考
円	負担割合　割 円	割　円 計　円	患者負担金 （　　） 計　円	

支払方法 １．窓口払い ２．口座振替	振込先	銀行				支店			名義人	フリガナ
		金融機関コード				店番号				
		当・普	口座番号							