

子ども・障害者
精神障害者・母子家庭等

医療費支給申請書

令和 年 月 日

大口町長 様

申請者 住所.....
氏名.....
電話.....

次のとおり福祉医療費を支給してください。

医療を受けた人	受給者番号		加入医療保険	保険者名	
	氏名			保険証記号番号	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		附加給付の状況	有・無
診療月	年 月診療分				
医療の区分	入院 入院外 歯科 その他				
医療機関名					
医療費の総額	円				
申請額	円				
支払方法	金融機関名		種別	口座番号	(ふりがな) 口座名義人
	銀行		普 ・ 当		()
	支店				
添付書類	1 愛知県外での受診 (医療等の状況書又は領収書添付のこと)				
	2 補装具の費用 (医師の証明書及び領収書添付のこと、 靴型装具の場合は写真添付のこと)				
	3 その他 []				