様式第４号（第５条関係）

重度心身障害児者医療費支給申請書

受給者	ふりがな			
	氏　　名			
	生年月日	明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日		
住　　所	日高川町大字		電話番号	
医療保険の加入状況	被保険者、組合員又は世帯主の氏名		被保険者、組合員又は世帯主との続柄	
	被保険者、組合員又は世帯主の住所		保険者の名称・保険者番号	
	被保険者証又は組合員証の記号番号		保険者の所在地	

保　険　診　療　明　細　書

保険診療総点数	点	備　　考
入院・外来の別	入院　・　外来	年　月　日生（　歳）
歯　科・調　剤	歯科　・　調剤	
食 事 療 養 費		
精神医療（通院）		
そ　の　他	補装具　・　柔整（鍼・灸）	
支　給　額	円	
医療機関名		
所　在　地		

上記のとおり申請いたします。

令和　　年　　月　　日

日高川町長　様

住所　　日高川町大字

氏名　　㊞

重度心身障害児者医療費を次の口座に振り込んでください。

	金　融　機　関　名		種　類	口座番号	預金口座名義
口座振替依頼欄	銀行	本　店	普　通		
	信用金庫	支　店	当　座		
	農協	出張所	その他		