

重度心身障害児(者)医療費交付申請書

年 月 日

白 浜 町 長 様

住所 白浜町

氏名

印

下記のとおり重度心身障害児(者)医療費助成金の交付を申請します。

受 給 資 格 者	氏 名		加 入 社 会 保 険	世 帯 主 被 保 険 者 組 合 員 の 氏 名	
	個 人 番 号			記 号 番 号	
	生 年 月 日			名 称	
	受 給 資 格 証 記 号 番 号				

領 収 書

¥ _____

保 險 診 療 総 点 数		傷 病 名	
他 法 負 担 金 点 数 (結核予防法等)		診 療 実 日 数	

年 月 日

医療機関

住 所

名 称

様

氏 名

印