

## 重度障がい者医療費支給申請書

年 月 日

湯河原町長 様

申請者

住 所

氏 名

(印)

電話番号

次のとおり療養に要した費用について、別紙証拠書類を添えて申請します。

被保険者証又は組合員証の記号番号		療養給付を受けた者の氏名		世帯主との続柄	
		生年月日	年 月 日生		
身体障害者手帳等級又は知能指数等		療養期間	年 月 日から	入院	
			年 月 日まで	入院外	
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局、その他の者の名称及び所在地					
診療又は調剤に従事した医師 歯科医師又は薬剤師の氏名					
保険診療総点数	点	保険診療額	円		
保険負担割合	割	支給額	円		
領収年月日	年 月 日	発行年月日	年 月 日		
添付書類	領収書、その他の証明書（請求明細書）、附加給付支給証明書				

【振込口座を記入してください】

銀行・信金・信組  
農協・郵便局

支店・支所  
出張所

種別  
普・当・その他

口座番号（7桁）

--	--	--	--	--	--	--	--

名 義（本人 その他（下記記入））