

障害者医療費支給申請書					
受給者番号					
療養を受けた者の氏名	年 月 日生				
療養を受けた者の住所					
保険の種類	1 国保 2 国組 3 協会 4 組合 5 日雇 6 船員 7 共済 8 後期				
保険者番号			記号・番号		
保険者名					
診療等を受けた病院等の名称、所在地					
障害者医療費支給申請額			支給決定額		
円			※ 円		
振込先金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・協同組合		本店・支店・出張所		
預金種目	1 普通 2 当座	口座番号		(フリガナ) 口座名義人	
<p>上記のとおり障害者医療費の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>三浦市長</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>					

(注1) ※印の欄は、記入しないでください。

(注2) 医療保険の療養費支給決定通知書又は医療費の領収書を添付してください。