

ひとり親家庭・障害者  
医療費助成申請書

島本町長様

申請者住所 島本町

氏名 印

電話

次のとおり医療費の支給を申請しますので、下記金融機関の口座に振り込んでください。  
なお、添付する領収証書の保険点数について、医療機関に照会することに同意します。

医療費支給申請額 円

平成 年 月分・領収書枚数 ( 枚 )		健康保険証	記号番号	-	
受給者	氏名			保険者番号	
	住所	申請者と同じ その他(島本町 _____)		医療証の 受給者番号	
振込先 金融機関	銀行・信用金庫・農協		預金 種別	当座 ・ 普通	<input type="checkbox"/> 座 名 義 カ <input type="checkbox"/> 座 番 号
	本店・支店・本所				

添付書類：医療機関発行の領収証書（受診された方の氏名・保険点数・診療日数が入ったもの）

支給決定欄（この欄は、町が記入します。）

【 府 ・ 町 】

種 別	日数	医療費総額	自己負担額 (給付率 %)	一部自己 負担金	高額療養費 (附加給付)	支給決定額
入院・外来 医科・歯科・調剤・( )						
入院・外来 医科・歯科・調剤・( )						
入院・外来 医科・歯科・調剤・( )						
入院・外来 医科・歯科・調剤・( )						
入院・外来 医科・歯科・調剤・( )						
入院・外来 医科・歯科・調剤・( )						
入院・外来 医科・歯科・調剤・( )						
入院・外来 医科・歯科・調剤・( )						
入院・外来 医科・歯科・調剤・( )						
計						