

様式7号(第8条関係)

## 宜野座村重度心身障害者(児)医療費助成申請書

宜野座村長 殿

令和 年 月 日

住 所 :

申請者 氏 名 : \_\_\_\_\_ 印

電話番号 :

次のとおり、一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

受給者番号		被保険者証等 の記号・番号	
受給者氏名		世帯主・被保険 者・組合員氏名	
生年月日		認定年月日	
傷病名			
	療養期間	から	まで
医療機関	所在地		
	名 称		
医療費総額		申請額	
申請理由 (該当する番号 を○で囲む)	1 県内の医療機関などで受診した。 2 県外の医療機関などで受信した。 3 その他( )		
添付書類	必要な添付証拠書類 領収書		
振込金融機関		口座番号	