

竹富町重度心身障害者（児）医療費助成申請書

竹富町長 様

年 月 日

住所  
申請者  
氏名 印

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	
傷病名			
	療養期間	年 月 日から	年 月 日まで
医療機関	所在地 名称		
医療費総額	通院分 _____ 入院分 _____ 食事分 _____	申請額	円
申請理由	1 県内医療機関等で受診した。 2 県外の医療機関等で受診した。 3 その他 ( )		
添付書類	必要な証拠書類 領収書		

## 記入例

## 竹富町重度心身障害者（児）医療費助成申請書

竹富町長 様

〇〇年〇〇月〇〇日

住所 申請者の住所  
申請者  
氏名 申請者の氏名 印  
連絡先(TEL等) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(※確認事項がある際にご連絡するので、連絡がとれやすい番号)

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	重度心身障害者医療費助成 の受給者番号	被保険者証等 の記号・番号	国保・社保・後期高齢等
受給者氏名	本人氏名	世帯主、被保険 者・組合員氏名	保険証の世帯主名
傷病名	身体障害者手帳に記入されている障害名		
	療養期間	〇〇年〇〇月〇〇日から	〇〇年〇〇月〇〇日まで
医療機関	所在地 名称 添付書類（領収書）の医療機関名		
医療費総額	記入しないでください	申請額	記入しないでください
申請理由	① 県内医療機関等で受診した。 ② 県外の医療機関等で受診した。該当する方に○をしてください ③ その他 ( )		
添付書類	必要な証拠書類 領収書		