|  |
| --- |
| **国頭村重度心身障害者(児)医療費助成申請書**平成　　 年　　 月　 　日　　国　頭　村　長　　　様住　所　　　　　　　　　　　　　申請書提出者　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　　　　　）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　平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで |
| 医療機関 | 所在地名称 |
| 医療費総額 | 円　 | 申請額 | 円　 |
| 申請理由該当する番号を〇で囲む | 1　県内の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　　　件 |
|  |
|  |
| 供　　　覧 | 主 管課 長 | 課 長補 佐 | 係　長 | 係 |  | 70歳未満・70～75歳未満・後期高齢 |
| 課　税 | 非　課　税 |
|  |  |  |  |
| 1．上位／現役並み | 3．区分Ⅱ |
|  |  |  |  |  |  | 2．一　般 | 4．区分Ⅰ |

様式第7号(第8条関係)