|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)