障害者医療	費支給	申請書
-------	-----	-----

年 月 日

筑前町長 殿

申請者 住所 氏名

次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、障害者医療費の支給を 申請します。

害	者	医	療	証								被	保隊	者	証	: 等	(D)					
受;	給	者	番	号								記	号	•	j	番	号					
												世	措	r 7	È	:	`					
受給 者氏	名							被	被保険者等													
										氏					名							
傷病	名																					
		療養	期間	間		年	i	月		日か	ら				年	,	月	日まで				
医 療 機	月日	所在	地																			
	ž	渕	名	称																		
	療	Ŕ		費							ш			与 ≇生	方石							Ш
				額							门	中 詞 稅								円		
請	Ė	理	1	田	1	2	医療	保険	各法	にしょ	こる別	養養	費が	支約	合合	わ	た					
当、	す	る	番	号	2	ļ	県外の	の医	療機	製等	をでき	受診	した									
0	で	ŝ	囲	む	3	ز	その	他()
	受給	受給療請す	受給療請する	受給名療理る新療理る	受給名条要要新大病機理番氏理る計すま <td>受給名人人新大大大療所名大大療所名大大財費額大大まする大大まする大大ままる大大ままるよよまま</td> <td>受給者 A A</td> <td>受給者 氏名</td> <td>受給者番号 給者氏名 病 名療養期間 療養期間 所在地名 名 務 費額 日 1 医療保険 当する番号 2 県外の医</td> <td>受給者番号</td> <td>受給者番号</td> <td>受給者番号 給者氏名 病名療養期間年月 療養期間年月 療養期間年月 病療費額 下在地名 称 有額 円 請理由1 医療保険各法によるが当まする番号 2 県外の医療機関等できる。</td> <td>受給者番号</td> <td>受給者番号</td> <td>受給者番号 記号・ 給者氏名 世帯被保除所 病名 療養期間 年 月 日から 療機 関名 称 所在地名 称 名称 日前 請理由日 1 医療保険各法による療養費が支援 当する番号 2 県外の医療機関等で受診した</td> <td>受給者番号 記号・ 注</td> <td>受給者番号 記号・番 給者氏名 世帯主 被保険者 保険者 病 名 療養期間 年月日から 病 月日から 療機 関名 所在地名 名称 中請額 請理由日日医療保険各法による療養費が支給され当する番号 2 県外の医療機関等で受診した</td> <td>受給者番号 記号・番号 給者氏名 世帯主、、被保険者等氏 核保険者等氏 名 療養期間年月日から 日から 療機関名 所在地名 称 有額 日申請額 請理由日の任意保険各法による療養費が支給された当する番号 2県外の医療機関等で受診した</td> <td>受給者番号 Image: Control of the property of the pr</td> <td>受給者番号 記号・番号 給者氏名 世帯主、 被保険者等 氏 名 病名 療養期間 年月日から 年 療機関名 称 円申請額 育額 日申請額 請理由1 医療保険各法による療養費が支給された 当する番号 2 県外の医療機関等で受診した</td> <td>受給者番号 記号・番号 総保険者等 機番 病 名 療養期間年月日から年月 所在地名 名称 療費額 円申請額 請理由日 1 医療保険各法による療養費が支給された出する番号 当する番号 2 県外の医療機関等で受診した</td> <td>受給者番号 記号・番号 機関 世帯主、 被保険者等 氏 病 石 病機関 所在地名 名称 有額 円 申請額 申請額 計理由日の医療機関等で受診した</td>	受給名人人新大大大療所名大大療所名大大財費額大大まする大大まする大大ままる大大ままるよよまま	受給者 A A	受給者 氏名	受給者番号 給者氏名 病 名療養期間 療養期間 所在地名 名 務 費額 日 1 医療保険 当する番号 2 県外の医	受給者番号	受給者番号	受給者番号 給者氏名 病名療養期間年月 療養期間年月 療養期間年月 病療費額 下在地名 称 有額 円 請理由1 医療保険各法によるが当まする番号 2 県外の医療機関等できる。	受給者番号	受給者番号	受給者番号 記号・ 給者氏名 世帯被保除所 病名 療養期間 年 月 日から 療機 関名 称 所在地名 称 名称 日前 請理由日 1 医療保険各法による療養費が支援 当する番号 2 県外の医療機関等で受診した	受給者番号 記号・ 注	受給者番号 記号・番 給者氏名 世帯主 被保険者 保険者 病 名 療養期間 年月日から 病 月日から 療機 関名 所在地名 名称 中請額 請理由日日医療保険各法による療養費が支給され当する番号 2 県外の医療機関等で受診した	受給者番号 記号・番号 給者氏名 世帯主、、被保険者等氏 核保険者等氏 名 療養期間年月日から 日から 療機関名 所在地名 称 有額 日申請額 請理由日の任意保険各法による療養費が支給された当する番号 2県外の医療機関等で受診した	受給者番号 Image: Control of the property of the pr	受給者番号 記号・番号 給者氏名 世帯主、 被保険者等 氏 名 病名 療養期間 年月日から 年 療機関名 称 円申請額 育額 日申請額 請理由1 医療保険各法による療養費が支給された 当する番号 2 県外の医療機関等で受診した	受給者番号 記号・番号 総保険者等 機番 病 名 療養期間年月日から年月 所在地名 名称 療費額 円申請額 請理由日 1 医療保険各法による療養費が支給された出する番号 当する番号 2 県外の医療機関等で受診した	受給者番号 記号・番号 機関 世帯主、 被保険者等 氏 病 石 病機関 所在地名 名称 有額 円 申請額 申請額 計理由日の医療機関等で受診した

(決裁欄)