

医療費支給申請書

年 月 日

（宛先）津幡町長

申請者

氏名

住所

（電話 ー ー ）

別添医療費領収証のとおり医療費、施術料、薬剤費を支払いましたので、次のとおり支給を申請します。なお、支給決定に係る住所、加入健康保険及び所得の確認に同意します。

受給者				支給申請額		
氏名						
生年月日	年	月	日			年齢
加入健康保険						
身体障害者手帳		療育手帳		精神保健福祉手帳		
1級	2級	3級	A	B	1級	

審査

本人負担金	高額又は付加給付額	支給決定額