

第 10 号様式（第 9 条関係）

東庄町重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

東庄町長 岩田利雄 様

住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

受給者番号 _____

東庄町重度心身障害者の医療費助成に関する条例施行規則第 9 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

なお、支給決定に係る世帯課税状況及び保険情報を確認することに同意します。

診療年月	年 月分	加入保険	後期・国保・社保
保険請求点数	点	自己負担額	円
証明経費	円	附加給付額	円
支給申請額			円

【注 意】

- (1) 重度心身障害者医療費受領証明書(第 11 号様式)又は医療機関等が発行する医療費領収書を添付してください。
- (2) 住所、医療保険、銀行口座、世帯構成等の受給資格に変更があった場合は、受給資格変更届(第 6 号様式)を提出してください。