

南風原町重度心身障がい者（児）医療費助成金支給申請書

申請者

住所：

氏名

電話番号

携帯番号

次の通り、医療費の一部負担金を支払ったので、領収書を添えて医療費助成金の支給を申請します。

受給者	受給者番号		
	住所		
	氏名・生年月日		生年月日
保険	加入者 記号・番号		
	名称		
障がいの等級			
備考			

診療月		1月（枚）	2月（枚）	3月（枚）	4月（枚）	5月（枚）	6月（枚）	7月（枚）
助成額内訳	医療費							
	食事療養費							
	高額医療費等							
診療月		8月（枚）	9月（枚）	10月（枚）	11月（枚）	12月（枚）	合計	
助成額内訳	医療費							円
	食事療養費							円
	高額医療費等							円
領収書は主管課にて保管			領収書 枚			支給金額		円

# 記入例

様式第7号

令和 年 月 日

南風原町重度心身障がい者（児）医療費助成金支給申請書

南風原町兼城686番地 マン

住所： ションhaebaru101号室

申請者

氏名 南風原 花子

電話番号 098-0000-0000

携帯番号 090-0000-0000

次の通り、医療費の一部負担金を支払ったので、領収書を添えて医療費助成金の支給を申請します。

受給者	受給者番号	3730099999		
	住所	南風原町兼城686番地		
	氏名・生年月日	南風原 太郎	生年月日	昭和64年1月1日
保険	加入者 記号・番号	南国	0 1 2 3 4 5 6 7	
	名称	南風原町		
障がいの等級		身障手帳1級		
備考				

この部分は記入不要です！

枚)

助成額内訳

助成額内訳

円

円

円

領収書は主管課にて保管

領収書 枚

支給金額

円