※太枠の部分についてご記入ください

様式第７号

石垣市重度心身障害者（児）医療費助成支給申請書

石垣市長　様

年　　月　　日

申請者	住　所：石垣市
	氏　名：　　続柄
	連絡先：

※記名押印に代えて署名することができます。

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	0	7	3	0	0						受給者氏名		
医療保険の種類	国保　・　社保　・　後期高齢　・　共済　・　船員　・　その他（　　）												
診療月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	

《確認事項》

□　保険証・口座情報の内容に変更はありません。

□　手術や入院がある場合など、高額療養費に該当する場合は支給時期が遅くなることがあります。

※ 一部負担金を２１，０００円以上支払った家族の有無　（　有　・　無　）

※ 入院又は高額療養費に該当する額の支払（　有　・　無　）

□　償還払いと自動償還払いが二重にあった場合は、返金していただきます。

備考			
支給申請額	円	支給決定額	円