

様式第1号

身体障害者・知的障害者医療費助成金申請書			
若 桜 町 長 殿			
医療を受けた者の 氏 名		住 所	若桜町大字
医療を受けた病院等 総合病院の場合は 診療科等の名称			
入院・入院外の別	入 院 入院外	医療を受けた 期 間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
医療に要した費用	円		
加入保険名及び 記 号 ・ 番 号		身体障害者手帳 療 育 手 帳	級
添付書類	1. 医療保険により、医療費の自己負担分を医療機関へ支払いしたその領収書 2. 附加給付金支給額証明書		
医 療 費 申 請 額	円		
平成 年 月 日 住 所 若桜町大字 申請者 氏 名 印			

(注)記名押印に代えて署名することができます。