

重度心身障害児（者）医療費支給金交付請求書

令和 年 月 日

有田川町長 様

受給資格者 住 所 有田川町大字

(請求者)

氏 名

電 話

振込口座

<input type="checkbox"/> 登録済み口座	支払先コード	—	
<input type="checkbox"/> 下記口座（受給資格者の口座）			
銀行 農協	支所 支店	普通 総合	預金
口 座 番 号	フリガナ		
	名義人 氏 名		

請求金額 金 円

受給資格者	受給者番号	*個人番号* 番号がわかる方は 記入願います。			
	氏 名	加 入 保 険	被保険者 氏 名		
	生年月日	年 月 日	保 険 証 記号番号		
			保 険 者 名		

支給内訳	保険診療の 合計金額	控 除 額 の 内 訳				支給決定額
		法 定 負 担 額	他法負担額	附加給付額	控除額計	
	円	円	円	円	円	

職員確認欄 本人確認 免・パ・個カ・身・保・介・年手・年証・他（ ）