1. ひとり親家庭

松山市 2. 重度心身障害者 医療費支給申請書

3. 子 ど も

(宛	先) 相	公 山	市	長															受付	寸印			
E	申請者	3. 子	, i		…受絲 …受絲	合者 合資	(受 格者		が20歳ま さい。	卡満 の	り場合	かは保	護者										
		企 記																					
		住所_																_ [来庁a	₩.			
		<u>氏名</u> (電	話 自	宇	・勤務	<u>~</u>	• 進	基雷	迁)		_	未力す 本人		闇「	1	
									いいえ	Ž.						,		ĺ	1.7 (1	E #C, 1	M L	_	
		※学村 〇交通							センター								しまし	たか	15	tい	. (ハいき	Ī.
医療	費につ	いて次の	のとお	り目	申請し	゚゙゚゚゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゚゙゙ヹ゚゙	す。		療	養		種り				給者							
診療	寮年月	令和		年		月		診療	と 看護・	·装具	.• 柔雪	整・マ	ッサー	-ジ	番								
					行 引金庫		口本	京) コ	所) ∣支 店	4	コ 座 重 別	1. 普	序通 2	. 当座	口座	番号							
受	取				協				出張所		フリ	ガナ									!	!	
金融	蚀機関								支 所		口座/	名義 <i>)</i>											
		*						* 4	金融機関	コード	,							※ 考	支払区	分	①. [座払	
		内に記入									占粉笙	:記載の) なる	消心書	があわ	ゖヿ	「記士!	かわへ	の証明	ルス	更です		
○申	清者と口	座名義人 機関別、	が異なる	5場台	合は委任	'壬状、	、申請	者が列	三亡の場合	は念					77 - 07 74 0	1100		L. 1	∨ > β∐L (7.]	114.1.3	4 C 1	0	
07,77	受給者		, (20 /	1 218/3	17 × 1	<u>н п</u>	31121	11 O	. (/2	0			<u>ל</u> חל	\ 医療	保険								
/17		大・昭・平・令						年 月 日 (男・女)				保	保険者番号										
保険		医療保険 険者証											一 部	羽負担	l 金の 合		1	•	, 2	2	•	3	
医	診療期間			番号 年		年 月		l		実日数							申・結札	亥・貝	・更生・育				の他
療		2. 外来	令		年		月		まで	(:日奴) 目	他治	去公費	種別		L • :	2 •	3 ·	4	• 5	•	6
機		診療総医								他法位					P.		金額						円
関	(総診療	聚報酬点数	文×10)							負 担	額					<u> </u>							
等証	上記	のとおり	の証明	しま	ミす。												年		月		日		
明	医療機関コード			ード	<u>所在地</u> 名 称						別紙証明書添付												
欄																							
	(医療機関コードは必ず記入して下診療科名:総合病院の場合は必ず記入して						· さい。)										(F)						
	(斗)			•	<u> </u>	白									(ii)		
	<u> </u> 				診	:療和	計							付 給付額	加額								
<	(ださい。 	0			高熔	演 奢	領						ا ٦	助成									
	<u>L</u>				水	尺!	Ħ,																

委	1	状
≯	任	π
幺	 _	*V \

年 月 日

(宛先) 松山市長

ひとり親家庭

当該申請により松山市より支払いを受ける 重度心身障害者 医療費について、 子 ど も

表記の預金口座に振込みすることを委任します。

	委	任 請	者	
	(申	請	者)	
住所				
氏名				

受		任	者				
(口	座	名	義	人)			

住所

氏名

念書

年 月 日

(宛先) 松山市長

相続人 住所

氏名

続柄_____

年 月 日 の死亡により、下記医療費の申請および 受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、松山市には一切 ご迷惑はおかけいたしません。

記

ひとり親家庭・重度心身障害者・子ども医療費

年 月分