

歳

申請された月の1日時点での年齢を記載

読谷村重度心身障害者（児）医療費助成申請書

平成 年 月 日

読谷村長 殿

住 所 読谷村字 番地
申請者

氏 名 印
TEL - -

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	98292009	被保険者証等の 記号・番号	読国・100
受給者氏名	読谷 太郎	世帯主、被保険者 ・組合員氏名	読谷 福祉
傷 病 名	*****		
	療養期間	平成**年**月**日 から 平成**年**月**日まで	
医 療 機 関	所在地	沖縄県*****番地	
	名 称	***** (印)	
医 療 費 総 額	100,000円	申 請 額	10,000円
	申 請 理 由 該当する番号を ○で囲む		
添 付 書 類	① 県内の医療機関等で受診した。 2 県外の医療機関等で受診した。 3 その他 ()		
添 付 書 類	必要な証拠書類 ・領収書		

規則施行細則第10条に基づき、受給者が加入している医療保険、又はその内容などに変更があった場合は、速やかに村長にその旨を届けてください。