第７号様式(第１１条)

重度心身障害者(児)医療費給付申請書

年　　月　　日

横芝光町長　　様

申請者　住所
氏名　　㊞
本人との続柄
電話番号

重度心身障害者(児)医療費の給付を受けたく、申請します。

本人氏名		男・女	生年月日	年　　月　　日(　　歳)
住　　所		居住地		
医療保険	名称		記号番号	

※計算欄

医療機関等	対象点数	単価／点	対象金額	附加給付等額	附加給付等控除後の額	証明経費	支給額

※印欄は、記入しないでください。