

課長	課長補佐	係長	係	係

支給 何 月 日
令和 年 月 日

受付印

第6号様式（第6条関係）

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費助成申請書

令和 年 月 日

清水町長 様

申請者	住所			
	氏名			
	対象者との続柄		電話番号	

重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費の助成を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

記

受給対象者	受給者番号		保険者の名称	
			記号番号	
	住所	清水町		
	氏名			
	生年月日	年 月 日生		
医療を受けた 病院等	名称			
	住所			
添付書類				

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。