様式第4号（第9条関係）

心身障害者医療費支給申請書

年　　月　　日

七尾市長

申請者　　住　　所

氏　　名

生年月日　　年　　月　　日（　　歳）

電話番号

加入医療保険　（　国保・後期・社保　）

障害者手帳等級　　身体　１・２・３　級
療育　Ａ・Ｂ
精神　１

障害者手帳番号　（　　）

次のとおり給付を受けたいので申請します。また給付に必要とする所得状況について調査されることを承諾します。

振込先　　銀行　　口座番号〔　　〕

信金　　支店

名義(ｶﾀｶﾅ)

農協　　

合計振込金額　　円

種別	診療月	入・外・薬	件数	申請金額	高額医療	附加給付	給付額
更・柔 償・老	／	入・外・薬	件	円	円	円	円
更・柔 償・老	／	入・外・薬	件	円	円	円	円
更・柔 償・老	／	入・外・薬	件	円	円	円	円
更・柔 償・老	／	入・外・薬	件	円	円	円	円
更・柔 償・老	／	入・外・薬	件	円	円	円	円
更・柔 償・老	／	入・外・薬	件	円	円	円	円
更・柔 償・老	／	入・外・薬	件	円	円	円	円
更・柔 償・老	／	入・外・薬	件	円	円	円	円
更・柔 償・老	／	入・外・薬	件	円	円	円	円
更・柔 償・老	／	入・外・薬	件	円	円	円	円