様式第7号(第8条関係)

西原町重度心身障害者(児)医療費助成申請書

年　　月　　日

西原町長　殿

申請者

住　　所

氏　　名　　㊞

電話番号

以下のとおり、重度心身障害者(児)医療費助成を申請します。

受給者番号	
氏名	
生年月日	年　　月　　日
被保険者氏名	
加入医療保険	市町村国民健康保険　・　後期高齢者医療　・　社会保険(協会健保)
保険証	記号　　番号

※申請の際は、毎回受給者証と保険証の提示をお願いいたします。

※上記内容に変更があった場合には、申請が必要となりますのでお申し出ください。

※ここから下は、記入不要です。

年	月	枚	年	月	枚
年	月	枚	年	月	枚
年	月	枚	年	月	枚
年	月	枚	年	月	枚
年	月	枚	年	月	枚
年	月	枚	年	月	枚