様式第10号

（身・親）療養費支給申請書

下記のとおり療養に要した費用に関する必要書類を添えて申請します。
なお、療養費の支給額については、下記の口座に振込んでください。

令和　　年　　月　　日

尾花沢市長　　様

申請者	住所	尾花沢市			
	氏名				
	電話				
医療証番号	（一部負担金） 有・無 第　　号	療養を受けた方	氏名		
			生年月日	大・昭・平・令 年　　月　　日（　　才）	
		療養を受けることができなかった理由			
保険証	記号・番号	記号		番号	
	保険者番号				
	世帯主（国保の方） 被保険者名（国保以外の方）		対象者との続柄		
口座情報	振込金融機関名	銀行 信用組合 金庫 農協	本店 支店		
	口座番号		種目	普通・当座	
	口座名義人 （カタカナで記入）				

申請者記入不要	世帯番号		療養内容	
	領収書枚数	枚	療養期間	
	費用額	円	支給決定額	円
	備考			