

様式第13号 (第9条関係)

<p>◎ 重度心身障害児者医療費交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>美浜町長 様</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>											
受診者氏名											
受給者番号											
生年月日			年 月 日								
個人番号											

保 険 診 療 明 細 書

診 療 種 別		件 数	点 数	公費負担額
医 科	入 院			
	外 来			
歯 科				
調 剤				
そ の 他				
合 計				