

様式第8号の2(第13条関係)

県障医療費助成申請書(「療養費の支給」「一部負担金」の助成用)						
年 月 日						
魚沼市長 様						
申請者 住 所 氏 名						
次のとおり医療費の助成を申請します。						
受給者氏名					受給者番号	
個人番号					保険者名	
記号番号				被保険者氏名		
振込指定 金融機関		銀行・信組 金庫・農協		本店 支店・支所		口座種別 普通・当座
口座番号				口座名義(カナ)		
※	他法負担額		一部負担額		決定額	

- (注) 1 ※印欄は記入しないこと。
- 2 「療養費の支給」による助成申請の場合は、保険者からの支給を証する書類を添付して申請すること。
- 3 「一部負担金」の助成申請の場合は、その事由を証する書類を添付して申請すること。