

第5号様式（第10条）

八千代市重度心身障害者医療費助成請求書

年 月 日

（宛先） 八千代市長

住 所  
請求者 氏 名  
電 話

次のとおり重度心身障害者医療費の助成を受けたいので請求します。

受給資格者	受給者番号							
	住 所							
	氏 名							
	生 年 月 日							
	個 人 番 号							
加入医療保険	被保険者氏名							
	記号・番号							
	保 険 者 名							
	保 険 者 番 号							
振込先	銀行コード	銀行			支店コード		支店	
	口座種別	口座番号		口座名義人				

# 記入例

第5号様式（第10条）

## 八千代市重度心身障害者医療費助成請求書

年 月 日

(宛先) 八千代市長

請求者

住 所 八千代市大和田新田312-5

氏 名 八千代 太郎

電 話 047-483-1151

次のとおり重度心身障害者医療費の助成を受けたいので請求します。

受給資格者	受給者番号	1 2 3 4 5 6 7		
	住 所	八千代市大和田新田312-5		
	氏 名	八千代 太郎		
	生 年 月 日	昭和45年1月1日		
	個 人 番 号			
加入医療保険	被保険者氏名	受給資格者本人の情報をご記入ください。		
	記号・番号			
	保 険 者 名			
	保 険 者 番 号			
振込先	銀行コード	銀行	支店コード	支店
	口座種別	口座番号	口座名義人	