

様式第七号（第二十二条関係）

医療費支給申請書					
フリガナ		性別	男 ・ 女	生年月日	
氏名					
居住地	郵便番号 山梨県 電話番号 ()				
負傷又は疾病の名称		医療に要した費用			円
被爆者健康手帳の 交付年月日及び番号	年 月 日	公費負担者番号			
		公費負担者医療の 受給者番号			
当該負傷又は疾病に ついての法第11条の 認定の有無、認定年 月日及び認定番号	有・無 年 月 日	公費負担者番号			
		公費負担医療の 受給者番号			
医療の給付を受ける ことができなかった 理由					
医療を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで 入院 日 入院外 日				
医療を受けた機関	名称及び所在地		(指定医療機関・その他)		
	訪問看護ステーション 等の名称及び所在地				
移送等にあつては、その区間等					
支払希望機関	金融機関名 及び 本支店名			預金種別・口座番号	
	銀行 農協 信用金庫 信用組合			店 (当座・普通) No. _____	
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第17条の規定により、医療費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。					
年 月 日			申請者 氏名		
山梨県知事 殿					

備考 訪問看護ステーション等の名称及び所在地については、医療を受けた機関が指定訪問看護事業者又は指定老人訪問看護事業者であるときのみ記入すること。

（日本産業規格A列4番）