様式第14号

ガス障害者医療費支給申請書

氏　　名	
生　年　月　日	
居　住　地	
医療手帳の番号 交付年月日	B－　　昭和　　年　　月　　日
疾　病　名	（大久野島毒ガス障害）
医療に要した費用	円
医療を受けた期間	令和　　年　　月　　日から〔入院　　日〕 令和　　年　　月　　日まで〔通院　　日〕
指定医療機関の名称及び所在地	
看護移送等にあってはその期間区間等及び行った者等の名称	

※支給決定額（広島県記入欄）
円

ガス障害者医療費の支給を受けたく申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

広　島　県　知　事　　様

（注）この申請書には，**領収証（原本）**及び**診療報酬明細書（写）**を添付してください。

支払希望金融機関	金融機関名	支店・支所名	普通預金	口座番号
	（カタカナ）口座名義			