

様式第6号(第8条関係)

決 裁	課長	リーダー	担当	受付	年	月	日
				伺	年	月	日
				決定	年	月	日
				支給	年	月	日
助成内容	一部負担金の金額	控除額内訳				助成決定額	
		附加給付額	その他	控除額	控除額計		
	円	円	円	円	円	円	円

重度障がい者(児)医療費助成申請書(請求書)

療養費(補装具等)用

年 月 日

小林市長 様

申請者 住所

氏名

印

TEL

入院

年 月分の医療費

助成されたく申請(請求)します。

外来

(同月入院 有・無)

受給資格者	受給資格者証番号		加入保険	世帯主又は被保険者氏名		
	氏名			被保険者証記号番号		
	生年月日			保険の種別	国・協・組・日・船・共	

この欄は、お 手数ですが医 療機関におい てご記入願 います。	年 月 診療		入院・入院外	
	診療実日数	① 総点数	保険以外公費点数	② 一部負担金受領額
	日	点 円	点	円
	上記の一部負担金を受領いたしました。			
		年 月 日		
		所在地		
		医療機関等の 名称		
		氏名		
		印		

算定方法	① 総点数 = 領収証の金額 _____ 円
	② 一部負担金受領額 = 総点数 × 保険証の負担割合 ____ 割 = _____ 円 (1円未満切り上げ)