

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）

年 月 日

小林市長 様

申請者 住所

氏名 ㊟

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 | 総点数 | 保険以外公費点数 | 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 ㊟ | | | | | |

※太線枠は記入しないでください。

※入院の申請は領収書の添付をお願いします。（一部負担金受領額には、生活療養費および入院時食事療養に係る標準負担額は含みません。）

※外来の申請で同月入院のある場合は、高額療養費確認後の処理となります。