

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。