

重度障がい者医療費助成申請書(請求書)

令和 年 月 日

小林市長 様



申請者 住所

氏名 ⑩

電話

下記の医療費について、助成を受けたく申請(請求)します。

【受給者記入欄】

受給資格者	受給資格者 証番号		加入医療保険	保険種類	
	氏名			保険者名	
	生年月日			記号番号	
				世帯主又は 被保険者氏名	

【医療機関等記入欄】

この欄は、医療機関等においてご記入願います。	年 月診療 入院・入院外・調剤・訪問看護・療養費			
	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。			
	令和 年 月 日 所在地 医療機関等の 名称 氏名 ⑩			

※一部負担金受領額には、入院時食事療養費に係る標準負担額や差額室料等は含みません。

【市記入欄】

助成内訳	一部負担金 受領額	控除額内訳				交付決定額
		附加給付費等額	高額療養費	控除額	控除額計	
	円	円	円	円	円	円