

重度心身障害者医療費助成申請書 (請求書)

年 月 日

吉野ヶ里町長 様

申請者 住所 吉野ヶ里町
 (受給者) 氏名
 電話

次のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

[申請者記入欄]

受給資格証記号番号		加入 保険	被 保 険 者 氏 名	
患 者 と の 続 柄			保 険 証 記 号 ・ 番 号	
患 者 の 生 年 月 日	年 月 日		保 険 名	国保・後期高齢・()

[医療機関等記入欄]

保 険 診 療 額 (領 収) 証 明				
患 者 氏 名				
診 療 月	年 月 分 (入院がある場合は、入院日数 日)			
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤
保 険 診 療 総 点 数	点	点	点	点
公 費 負 担 点 数	点	点	点	点
保 険 診 療 一 部 負 担 額	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料		円		
上記の金額を受領しました。 年 月 日 医療機関等所在地 住 所 氏 名				

[市町村記入欄]

給 付 決 定 額				
	一 部 負 担 額	高 額 療 養 費	付 加 給 付 額	給 付 額
保 険 診 療	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	

※申請時には必ず障害者手帳と重度心身障害者医療費受給資格証を提示してください。