

重度心身障害者医療費助成申請書（請求書）

平成 年 月 日

吉野ヶ里町長 様

申請者 住所
 (受給者) 氏名
 電話

印

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	

[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				

印

[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	