

重度心身障害者医療費助成申請書

記入例

〇〇年〇〇月〇〇日

大町町長 様

申請者 住所大町町大字大町〇〇番地〇

(受給者) 氏名 □□ □□



下記のとおり医療費の給付を受けたく申請します。 電話番号 0952-82-〇〇〇〇

[申請者記入欄]

押印してください。

受給資格証記号番号	〇〇〇	加入 保険	被保険者氏名	□□ □□
患者との続柄	本人		保険証記号番号	〇〇〇〇〇〇
患者の生年月日	昭和〇年〇月〇日		保険名	国保・社保等 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
公費負担点数				点
保険診療一部負担額				円
食事療養費標準負担額				
訪問看護利用				
上記の金額を受領し	医療機関等所在地 住所			
年 月				氏名 印

この欄に医療機関の領収証明を受けてください。

※領収証明を受ける代わりに、保険診療点数が明記された領収書（原本）を申請書と一緒に提出されてもかまいません。

※医療費助成申請書は診療月・各医療機関それぞれ分けて申請してください。

[市町村記入欄]

	給付決定額			
	一部負担額	高額療養費	附加給付額	給付額
保険診療	円	円	円	円
食事療養費標準負担額	円	円	円	
訪問看護利用料	円	円	円	

振込銀行		口座番号	名義人フリガナをかならず記入
銀行	支店		