

(様式第6号)

重度心身障害者医療費助成申請書

年 月 日

大町町長 様

申請者 住所大町町大字

(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。

[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・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	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
食事療養費標準負担額	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	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		