

様式第4号（第5条関係）

助成内訳	一部負担金の額	控除額内訳				交付決定額
		付加給付額	その他	控除（足切）額	控除額計	
	円	円	円	円	円	円

重度心身障害者医療費助成申請書（請求書）

年 月 日

（宛先）えびの市長

住所

申請者 氏名

印

電話

下記のとおり医療費を助成されたく申請（請求）します。

受給資格者	受給資格者証記号番号		加入保険	被保険者名	
	氏名			保険証記号番号	
	生年月日	年 月 日		保険名	

この欄は、お手数ですが医療機関においてご記入願います。	年 月 診療 入院 外来			
	診療実日数	総 点 数	保険以外公費負担額	一部負担金受領額
	日	点	円	円
	上記の一部負担金を受領いたしました。			
年 月 日				
医療機関等		所在地 名称	印	
		氏名		