

受付日	
-----	--

助成内訳	一部負担金額 円	控除額内訳				交付決定額 円
		付加給付額 円	その他 円	月額控除単価 円	控除額合計 円	

重度心身障害者医療費助成申請書(請求書)

年 月 日

えびの市長 様

住所

申請者 氏名

印

TEL

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		保険名	社保 共済 国保 後期 その他
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 (調剤は外来に○)	
	診療実日数	総点数	保険以外公費点数	一部負担金等受領額
	日	点	点	円
	上記の一部負担金を受領いたしました。			
年 月 日				
所在地				
医療機関等 名称				
氏名		印		

『注』 申請者は太線枠内には記入しないでください。

一部負担金等受領額には、入院食事療養に係る標準負担額は含みません。

領収書添付の場合は、原本の添付が必要です。