

《 記入例 》

受付日	
-----	--

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

えびの市長 様

住所 えびの市大字〇〇番地

申請者 氏名 えびの 花子 ⑩ ←押印

TEL 電話番号を記入してください。

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	1111	加入保険	被保険者名	えびの 花子
	氏名	えびの 花子		保険証記号番号	2222
	生年月日	昭和〇年〇月〇日		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 (調剤は外来に〇)		
	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。