

(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 ⑩

電話番号

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 ⑩				

[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		