

重度心身障害者医療費助成申請書

平成 年 月 日

白石町長 様

申請者(受給者) 住所 白石町大字

氏名 ㊟

(電話番号 _____)

次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	白石町 一	加入 保険	被保険者氏名	
患者との続柄			保険証記号番号	
患者生年月日	明大 年 月 日 昭平		保 險 名	国保・後期・全健保 その他()

[医療機関等記入欄] 申請書は、入院、入院外、歯科、調剤別に診療月ごとに1枚ずつ作成してください。

保険診療額(領収)証明				
患 者 氏 名				
診 療 月	平成 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 險 診 療 総 点 数	点	点	点	点
公 費 負 担 点 数	点	点	点	点
保 險 診 療 一 部 負 担 金	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	円
<p>上記の金額を受領しました。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関等 所在地 名 称 ㊟</p>				

[市町村記入欄]

	給付決定額				
	保 險 診 療 費	公 費 負 担 金	一 部 負 担 金	高 額 療 養 費	
保 險 診 療	円	円	円	円	支給決定額 円
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	円	