様式第6号	1 KK n K	HH LT
		B21/124 1
13ペンし ケカリ ケー		12017151

(世帯コー	K)
(世雷ユー)

重度心身障害者医療費助成申請書

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		被保険者氏名	
患者との続柄		加入保険	保険証記号番号	
患者生年月日	明 大 年 月 日昭 平))	保 険 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。

	(1 HO) (NA)	1 1111	1000 7 4700 7 470710	四十八 [[1] [1] [1] [1]	()) = = (== 1 (K) =	7910 1 (126.8	
保険診療額(領収)証明							
患 者	氏	名					
診	療	月	年	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	评	沪	点	点	
保 一 部	è 診 負 担	療金	円	円	円	円	
訪問	看	護料		円			
上記の会	金額を受領し	ました			Æ	E 月 日	

医療機関等 所在地 名 称

[市町村記入欄]

			給付決定額					
			保険診療費	公費負担金	一部負担金	高額療養費	支給決定額	
保	険 診	療	円	円	円	円		
訪利		護料	円	円	円	円	円	