

(様式第6号)

# 重度心身障害者医療費助成申請書

令和 年 月 日

上峰町長 様

申請者 住所

(受給者)

氏名

㊞

(生年月日 年 月 日)

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)

加入医療保険名

受給資格証記号番号					ふりがな	
支払希望	銀行	支店	口座		口座	
金融機関名	農協	支所	番号		名義人	

(医療機関記入欄)

保険診療額(領収)証明				
患者氏名				
診察月	令和 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
保険診療一部負担金	円	円	円	円
訪問看護利用料		円		
上記の金額を受領しました。				
令和 年 月 日				
住所				
医療機関等の所在地及び名称				
氏名				
㊞				

(町記入欄)

給付決定額					
	一部負担額	高額療養費	附加給付費	個人負担額	給付額
保険診療	円	円	円	0 円	円
訪問看護利用料	円	円	円		

(注)

- ① 保険診療以外の診療費は、申請できません。
- ② 原則として、一ヶ月分をまとめて翌月の末までに申請してください。