

2枚目以降
(下記※は記入不要)

重度心身障がい者医療費助成申請書

年 月 日

伊万里市長 様

申請者(受給者)

住 所※

氏 名

受給資格証の記号・番号

(代理人氏名※ 続柄)

電話番号※

下記のとおり医療費の助成を受けたく申請します。

[申請者記入欄]

加入 医療 保険	患者の生年月日※	年 月 日
	被保険者氏名※	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> その他()
	被保険証の記号・番号※	
	保 険 種 別 ※	国保・協会・組合・共済・後期高齢・その他()

[医療機関等記入欄] 食事療養費に関する費用は除いて記入をお願いします。

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)			
区 分	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
訪問看護基本利用料		円		
上記の金額を受領しました。 年 月 日				
医療機関等所在地 名称				
氏 名 (印)				
電話番号()				

備考 申請者氏名については、自筆による署名又は記名押印のいずれかとすること。

[助成決定欄] これより下の欄は記入しないでください。

助成額小計
円
助成額合計
円

市 受 付 印