

受給者番号

様式第6号（第8条関係）

決 裁	課長	リーダー	担当	受付	平成 年 月 日
				伺	平成 年 月 日
				決定	平成 年 月 日
				支給	平成 年 月 日
助成内容	一部負担金の金額	控除額内訳			助成決定額
		附加給付額	その他	控除額	控除額計
	円	円	円	円	円

重度障がい者(児)医療費助成申請書（請求書）

平成 年 月 日

小林市長 様

申請者 住所
氏名
TEL () - ⑧

平成 年 月分の医療費 入院 助成されたく申請（請求）します。
外来 (同月入院 有 ・ 無)

受給資格者	受給資格者証番号	加入保険	世帯主又は被保険者氏名	
	氏名		被保険者証記号番号	
	生年月日		保険名	協・組・日・船・共・国・後

この欄は、お手数ですが医療機関においてご記入願います。	平成 年 月 診療 入院 ・ 外来			
	診療実日数	総点数	保険以外公費点数	一部負担金受領額
	日	点 円	点	円
	上記の一部負担金を受領いたしました。 平成 年 月 日 所在地 医療機関等の名称 氏名 印			

※太線枠は記入しないでください。

※入院の申請は領収書の添付をお願いします。（一部負担金額には、生活療養費および入院時食事療養に係る標準負担額は含みません。）

※外来の申請で同月入院のある場合は、高額療養費確認後の処理となります。