

第6号様式（第5条第1項）

重度心身障害者医療費助成申請書

年 月 日

大網白里市長 様

申請者 住所
氏名

年 月分の重度心身障害者医療費を次のとおり申請します。

医療費受領証明書			
年 月診療分			
保険番号・氏名		記号番号	氏名
診療日数等		日	入院 外来
国 保	保険割合	割	A 自己負担額 _____円
	保険請求点数	点	
	公費負担	有・無	B 証明経費 _____円
社 保	保険割合	割	合計（A+B） _____円
	保険請求点数	点	
	公費負担	有・無	
上記のとおり受領したことを証明します。			
年 月 日			
(保険医療機関)			
所在地			
名 称			
開設者氏名			印

備考

- この申請書には、医療費の振込先となる預金通帳の写しを添付して下さい。ただし、指定口座への振込みにより医療費の支給を受けたことがある方であって、引き続き当該指定口座への振込みを希望する場合は、添付不要です。
- 医療保険各法の規定により負担した額を証する書類を添付することにより、医療費受領証明書の提出に代えることができます。