

様式 第4号

決 裁					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 訳	一 部 負担金の額	控 除 額 内 訳				交付決定額			
		附加給付額	そ の 他	月額控除単価	控 除 額 計				
	円	円	円	円	円	円	円	円	円

重度心身障害者医療費助成申請書(請求書)

平成 年 月 日

殿

申請者 住 所  
氏 名  
T E L ( ) -

平成 年 月分の医療費 入 院 来 助成されたく申請(請求)します。

受 給 資 格 者	受給資格者証 記 号 番 号		加 入 保 険	世帯主又は 被保険者氏名	
	氏 名			保 険 証 記 号 番 号	
	生 年 月 日	年 月 日		保 険 名	政・組・日・船・共・国
振込希望金融機関名			□座番号 □座名義		
この欄は、 お手数ですが、 医療機関にお いてご記入願 いします。	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	一部負担金等受領額	
	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					

「注」太線枠内は記入しないこと。  
一部負担金等受領額には、入院時食事療養に係る標準負担額は含みません。