



重度心身障害者医療費助成申請書

年 月 日

武雄市長 様

申請者 住所

(受給者) 氏名



次のとおり医療費の給付を受けたいので申請します。

[申請者記入欄]

受給資格証 記号番号		加入 保険	被保険者氏名	
患者氏名			保険証記号番号	
生年月日	年 月 日		保 険 名	国保・社保・その他

[医療機関等記入欄]

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)			
	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
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	( 日 ) 円	/		( 日 ) 円
訪 問 看 護 利 用 料	( 日 ) 円			
上記の金額を領収しました。				
年 月 日				
医療機関等所在地 住所				
氏 名				



- (注) 1 保険診療以外の医療費については、申請できません。  
2 1箇月分をまとめて翌月末日までに申請してください。

[市記入欄]

	給 付 決 定 額			
	一部負担額	高額療養費	付加給付	給付額
保 険 診 療	円	円	円	円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	( 日 ) 円	/		
訪 問 看 護 利 用 料	( 日 ) 円			
医療機関コード	銀行コード	口座番号	名 義	