様式第８号（第５条関係）

**重度心身障害者医療費助成申請書（請求書）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

三股町長 様

|  |  |
| --- | --- |
|  | 住所 |
| 申請者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　印 |
|  | 電話　　　　（　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　 　月分の医療費 | | | | | | | | 入　院  外　来 | | | 助成されたく申請(請求)します。 | | | | |
| 受 給 資 格 者 | | 受給資格　者証番号 | |  | | | | | 加　入　保　険 | | 被保険者名 | |  | |
|  | |  | | | | | 保険証  記号番号 | |  | |
| 生年月日 | | 明・大  昭・平 | 年 月 日 | | | | 保険種類 | | 国・国組・協・組・共・船・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。 | | 年　　　月診療　　　入院　・　外来 | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | 保険以外公費点数 | | 一部負担金受領額(※) |
| 日 | | | 点  円 | | | | | | 点  円 | | 円 |
| 上記の金額を受領したことを証明します。  　　 　　　　　　　 　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 所在地 | | |  | | | | |
| 医療機関等の | | | | 名 称 | | |  | | | | |
|  | | | | 氏 名 | | | ㊞ | | | | |

※一部負担金受領額は、保険内金額となります。また、入院時食事療養に係る標準負担額は含みません。