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。