様式第４号（後期高齢者）

重度心身障害者医療費助成金支給申請書（後期高齢者以外用）

いちき串木野市長　殿	申請日			年		月		日	

申請者住所	いちき串木野市 TEL　　－　　－	受給者番号	第		号
申請者氏名（対象者又は保護者）		加入医療保険	被保険者証の記号・番号		
対象者氏名			被保険者氏名		
対象者の生年月日	元号　年　月　日		保険者名称		

生年月日元号欄には、下記の通り数字を記入してください。

明治…1　　大正…2　　昭和…3　　平成…4　　令和…5

保険医療機関等証明書　（この欄は、お手数ですが保険医療機関等で記入願います。）

診　療　月				年		月												
保険診療総点数	□	外　来		点	□	外　来		円										
	□	入　院		点	□	入　院		円										
保険診療総点数	□	調剤		点	□	調剤		円										
	□	訪問看護		円	□	一部負担		円										
その他法制度負担分			円	証明手数料の徴収	□ 有（　　）円	□ 無	円											
医療機関コード				保険の種類	政	国	国(退職)	共	組	船	その他							
		年	月	日	処方箋を交付した医療機関の名称													

保険医療機関等の所在地

名称

開設者氏名

電話番号

□	高額療養費	□	他法制度負担	増減額計	支給決定額
	円		円		
□	付加給付	□	その他控除	円	円
	円		円		