

重度心身障害者医療費助成金支給申請書(後期高齢者用)												
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				受給者番号		第				号
		TEL - -										
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	<input type="checkbox"/> 外来			点	<input type="checkbox"/> 外来							円	
	<input type="checkbox"/> 入院			点	<input type="checkbox"/> 入院							円	
保険診療 総点数	<input type="checkbox"/> 調剤			点	<input type="checkbox"/> 調剤							円	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護			円	<input type="checkbox"/> 一部負担							円	
その他法制度負担分				円	証明手数料の徴収		<input type="checkbox"/> 有 () 円	<input type="checkbox"/> 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									
保険医療機関等の所在地 名称 開設者氏名 電話番号													
印													
<input type="checkbox"/>	高額療養費	<input type="checkbox"/>	他法制度負担	増減額計				支給決定額					
	円		円										
<input type="checkbox"/>	付加給付	<input type="checkbox"/>	その他控除										
	円		円										