

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				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 ⑩				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		円							
<input type="checkbox"/>	付加給付		<input type="checkbox"/>	その他控除		円			円			
	円		円		円							