

重度心身障害者医療費助成金請求書

年 月 日

請求額 金 \_\_\_\_\_ 円也

ただし、 年 月分 重度心身障害者医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて請求します。

様

患者氏名 \_\_\_\_\_

請求者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

受給者番号

診療報酬請求証明書

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

種別	国保 健保 船員 共済 組合 後期
	本人 ・ 家族

診療費 \_\_\_\_\_ 年 月分

入院・入院外

診療報酬総点数		点
他法公費負担点数 (種別 _____)		点
当月分の保険診療に係る本人負担額		円

外来の際の薬剤に係る一部負担金		円
訪問看護療養費等自己負担分		円
入院時食事療養費における自己負担分		
一 般	円 × 日 =	円
市町村民税非課税世帯 (入院3箇月までの者)	円 × 日 =	円
市町村民税非課税世帯 (入院4箇月目以降の者)	円 × 日 =	円
老 齢 福 祉 年 金 受 給 者	円 × 日 =	円

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

関係医療機関等の所在名称 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※ 助成金決定額	
----------	--

注 ※印の欄は、記入しないでください。