

（表面）

重度心身障害者医療費助成金支給申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

住 所
氏 名 ⑩
受給者
生年月日
電話番号

次のとおり重度心身障害者医療費助成金の支給の申請をします。

受給者記入欄	受給者証番号	第 号						
	加入医療保険	記号		番号		保険者名		
	受診者	氏名		生年月日	年 月 日	附加給付	有・無	
	申請月の領収書は全て揃っていますか。 はい・いいえ							
医療機関等記入欄	保 険 診 療 等 領 収 証 明							
	保険診療による自己負担額	医療費分						円
		薬剤加算分						円
		小計						円
	訪問看護療養費基本利用料						円	
	計						円	
診療期間	月 日から 月 日まで							
入院	無 ・ 有 （ 月 日から 月 日まで）							
※	年 月 日							
	医療機関等	所在地 名称 代表者名				⑩		

(裏面)

	月	件数	窓口徴収額	負担金	給付額	老・高・附	合計
市 記 入 欄		件	円	円	円	円	円
		件	円	円	円	円	円
		件	円	円	円	円	円
		件	円	円	円	円	円
		件	円	円	円	円	円
		件	円	円	円	円	円
		件	円	円	円	円	円
		件	円	円	円	円	円
		件	円	円	円	円	円
		件	円	円	円	円	円
		件	円	円	円	円	円
		件	円	円	円	円	円

領
収
書
添
付
欄

(注)

- 1 領収書添付欄に受診者の氏名及び診療月が記載された領収書を貼り付けてください。
- 2 領収書の添付ができない場合は、医療機関等に対し、※印欄に記入するよう依頼してください。