

第 8 号様式(第 1 4 条第 1 項)

心身障害者医療費支給申請書 (年 月診療分)

館 山 市 長 様 下 記 の と お り 申 請 し ま す 。										年 月 日	
申請者	氏 名	㊦			住 所						
療養者	氏 名				生 年 月 日	明・大・ 昭・平	年 月 日				
等 級	身体障害者	1・2 3・4級	知的障害者	㊦・㊦の1・㊦の2・ Aの1・Aの2・Bの1・Bの2		精神障害者	電 話	—			
保 險	記 号 番 号				名 称				退職医療	本人・被扶養	
									社会保険	本人・被扶養	
金 融 機 関	銀 行	支 店	種別	口 座 番 号			名 義 (カタカナ)				
			普 当								

＊高額療養費及び付加給付金の額が確定しない場合は助成金の支払が出来ない場合があります。

＊申請書はひと月あたり一枚必要です。申請する際は、診療月ごとにまとめて提出してください。

＊領収書を紛失した場合は、申請書と証明書を医療機関に依頼して提出してください。(別紙様式あり)

(ここからは記入しないでください 市処理) 0 ・ 300 ・ 600

外来・ 入院	保 險 請 求 点 数	保 險 診 療 分 本 人 負 担 額	診 療 日 数	1回 当 たり 自 己 負 担 額	差 引 額	支 給 額	備 考
	点	円	日			円	
外・入							
外・入							
外・入							
外・入							
外・入							
外・入							
外・入							
外・入							
外・入							
外・入							

保 險 診 療 に よ る 自 己 負 担 額	証 明 手 数 料	給 付 決 定 額
円	円	円