

様式第4号

決 裁			受 付	平成	年	月	日
			伺	平成	年	月	日
			決 定	平成	年	月	日
			支 給	平成	年	月	日
助 成 内 訳	一 部 負 担 金 の 額	控 除 額 内 訳				交 付 決 定 額	
		附加給付額	その他	月額控除単価	控除額計		
	円	円	円	円	円	円	円

重度障害者医療費助成申請書（請求書）

平成 年 月 日

門川町長 殿

申請者 住所 門川町
氏名 ④
TEL () -

平成 年 月分の医療費 入院・外来 助成されたく申請（請求）します。

受 給 資 格 者	受給資格者証 記 号 番 号		加 入 保 険	世帯主又は 被保険者氏名	
	氏 名			保 険 証 記 号 番 号	
	生 年 月 日	年 月 日		保 険 名	後期・国保・けんぽ ()
振込希望金融機関名			口座番号		
			口座名義		
この欄は、 お手数ですが、 医療機関にお いてご記入願 います。	平成 年 月 診療 入院・外来				
	診療実日数	総 点 数	保険以外公費点数	一部負担金等受領額	
	日	点 円	点	円	
	上記の一部負担金を受領いたしました。 平成 年 月 日 所在地 医療機関等の 名 称 氏 名 ④				

「注」太線枠内は記入しないこと。
一部負担金等受領額には、入院時食事療養に係る標準負担額は含みません。