

申請者記入欄

障 重度心身障害者医療費支給申請書
 年 月 日
 上里町長 様
 住所 上里町大字
 氏名
 電話
 下記のとおり、上里町重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定に基づき医療費を申請します。また、医療費の支給において、医療機関及び保険者等に給付状況等を確認することに同意します。

受給者	受給者証番号	
	ふりがな	
	氏名	年 月 日生

(注)上記申請書欄は、申請者が必ず記入して下さい。

医療機関記入欄

領収書	入院	年 月分	保険診療一部負担金	日数	日						
				総点数	点						
				負担金の額	円						
	外来	年 月分	保険診療一部負担金	日数	日						
				総点数	点						
				負担金の額	円						
合計					円						
受診者	様			県コード	点数表	医療機関コード					
証明日	年 月 日										
医療機関名	印										

- (注)1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください(領収書を一緒に提出する場合は記入不要です)。
- 2 点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額で記入してください(単位は円とすること)。
- 3 食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は支給対象外です。

処理欄	保険診療一部負担金	療養費	高額療養費	支給決定額	領収書枚数
	円	円	円	円	枚