

重度心身障害者医療費助成申請書（請求書）

高千穂町長 様 年 月 日

<申請者> 住 所 高千穂町大字

氏 名 ⑩

電 話 ( ) -

年 月分の医療費（入院・外来）を助成されたく申請（請求）します。

★太線内は必ず記入してください。

受給資格者	受給資格者番号		医療保険	世帯主又は被保険者氏名	
	氏 名			保 険 者	協会・組合・共済・後期・国保
	生 年 月 日			被 保 険 者 番 号 記 号 番 号	
振込金融機関名				口座番号	

この欄は、領収書が無い場合等に、医療機関等において証明を受ける時に使用します。	年 月 診 療 入 院 ・ 外 来				
	診療実日数	保 険 点 数	保 険 医 療 費	保険外公費点数	一部負担金等受領額
	日	点	円	点	円
	上記一部負担金を受領いたしました。 年 月 日 所在地 医療機関等 名 称 氏 名 ⑩				

「注」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。

<助成内訳> \*ここは記入しないでください。

医 療 機 関	入院・外来等の別	点 数	一 部 負担 金	附 加 給 付	そ の 他	月 額 控 除 額	控 除 計	決 定 額
	入院・外来 薬局・歯科							
	入院・外来 薬局・歯科							
	入院・外来 薬局・歯科							
	入院・外来 薬局・歯科							
	入院・外来 薬局・歯科							