

第5号様式 (第10条第1項)

重度心身障害者医療費等助成金給付申請書

年 月 日

香取市長 様

住所

申請者

氏名

㊟

次のとおり重度心身障害者医療費等助成金の給付を申請します。

なお、助成金の決定等に係る世帯課税状況、保険情報その他について、公簿等で確認することに同意します。

受 診 者	氏 名					生年月日	年 月 日	
	住 所							
	受給者番号					管轄		
	加 入 保 険	記号		番号		名称		

※ 下記の欄は、病（医）院等の証明用です。

レセプト1件につき1枚の証明をお願いします。

医 療 機 関 (薬 局) 証 明 欄	診 療 年 月 (診療・入院 日数)	年 月 (日)	診 療 区 分	入院 外来	医科 歯科 調剤	
	保 険 の 種 類	国保・社保 後期高齢	保 険 適 用 総 点 数	点		
			自 己 負 担 割 合	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割		
	特定疾病受給者負担額	円	保 険 適 用 自 己 負 担 額 (窓口受領金額)	円		
	更生医療自己負担額	円	証 明 手 数 料	円		
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関 所 在 地 名 称 (氏 名) 電 話 番 号						

㊟