

様式第4号(第5条関係)

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	控除(足切)額	控除額計	
			円	円	円	円	円

重度障害者(児)医療費助成申請書

平成 年 月 日

新富町長 殿

住 所

申請者

氏 名

(印)

平成 年 月分の医療費 入院
外来 助成されたく申請します。

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	

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	一部負担金受領額
	日	点	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				(印)

注 太字枠内は記入しないこと。