

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			
		付 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。