

様式第4号(第5条関係)

決 裁		受 付	年 月 日			
		伺	年 月 日			
		決 定	年 月 日			
		支 給	年 月 日			
助 成 内 訳	一 部	控 除 額 内 訳				交付決定額
	負 担 金 の 額	付加給付額	その他	月額控除単価	控除額計	
		円	円	円	円	円

重度障がい者(児)医療費助成申請書(請求書)

年 月 日

新富町長 殿

住所
申請者 氏名 印
TEL () —

年 月分の医療費 入院 ・ 外来 助成されたく申請(請求)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												
	個 人 番 号																								
	生 年 月 日	年 月 日											保 険 名	政・組・日・船・共・国・後高											
振込希望金融機関名												口座名義(カナ)													
支 店 名												当座・普通		口座番号											
この欄は、お 手数ですが、 医療機関にお いて御記入願 います。	年 月 診療 入院 ・ 外来																								
	診療実日数					総点数					保険以外公費点数					一部負担金等受領額									
	日					点 円					点					円									
	上記の一部負担金を受領いたしました。																								
	年 月 日																								
所在地 医療機関等の名称 氏 名 印																									

「注」 太線枠内は記入しないこと。
一部負担金等受領欄には、入院時食事療養に係る標準負担額は含みません。

新富町

注意 助成を受ける場合、必ず受診後1年以内に申請してください。(1年を超えると助成できません。)