重度心身障害者医療費助成金請求書

令和 年 月 日

請求額 金 円也

ただし、 年 月分 重度心身障害者医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて請求します。

富士川町長 殿

患者 氏 名

請求者 住 所

氏 名 印

受給者番号

連絡先

診療報酬請求証明書

患者氏名 様

種別

国保	健保	船員	共済	組合	後期
本人			家族		

診療費 年 月分

入院	入院外
----	-----

診療報酬総点数	点
他法公費負担点数 (種別)	点
当月分の保険診療に係る本人負担額	円

外来の際の薬剤に係る一部負担金	円
訪問看護療養費等自己負担金	円
入院時食事療養における自己負担分	
一般	円× 日 = 円
市町村民税非課税世帯 (入院3箇月までの者)	円× 日 = 円
市町村民税非課税世帯 (入院4箇月目以降の者)	円× 日 = 円
老齢福祉年金受給者	円× 日 = 円

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

関係医療機関等の所在名称

氏 名

印

※ 助成金決定額 () - () = ()

(注) ※印欄は、記入しないこと。