様式第６号（第８条関係）

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

受給者番号

連絡先

診　療　報　酬　請　求　証　明　書

種別	国保　健保　船員　共済　組合　後期
	本　人　・　家　族

患者氏名　　様

入　院　・　入院外

診療費　　年　　月分

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　　㊞

※助成金決定額	（　　）－（　　）＝（　　）

（注）　※印欄は、記入しないこと。