

様式第6号

重度心身障害者医療費助成申請書

年 月 日

鳥栖市福祉事務所長 様

振込先	
金融機関名	
口座番号	
口座名義人	

申請者
(受給者)

住所

氏名
電話番号

印

下記のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

〔申請者記入欄〕

受給資格証 記号番号		加入 保険	被保険者氏名	
患者との続柄			保険証記号番号	
患者の生年月日	年 月 日		保 険 名	

〔医療機関等記入欄〕

保 険 診 療 額 (領 収) 証 明				
患 者 氏 名				
診 療 月	年 月 分 (入院がある場合は、入院日数 日)			
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤
保険診療総点数	点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点
保 険 診 療 一 部 負 担 額	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料		円		
上記の金額を受領しました。 年 月 日 医療機関等 所在地 名称 氏名 印				

〔市記入欄〕

給 付 決 定 額				
	一部負担金額	高額療養費	附加給付額	給 付 額
保 険 診 療	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	

(注意) 1月分をまとめて翌月末日までに申請してください。