第７号様式（第 12 条関係）様式

重度障がい者医療費支給申請書

年　　月　　日

逗　子　市　長

住所

申請者　氏名

電話　　（　　）

次のとおり医療費の助成を申請します。

また、申請に当たり加入している健康保険組合に高額療養費の該当の有無、保険点数、支払金額等について、逗子市が照会することに同意します。

㊫　福祉医療証番号	㊫
受給者名	
保険種別	□国保（　　）□社保　　□後期高齢
診療の種類	□ 医　科　□ 歯　科　□ 調　剤　□ 訪問看護 □ 柔道整復　□ 治療用装具　□ その他（　　）
診療を受けた期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで
患者が医療機関に支払った金額	円

※１　この申請書に医療費領収明細書を添付してください。

２　保険種別及び診療の種類欄は、該当する□に「レ」を記入してください。

市記入欄

㊫医療費支給決定金額	円

決	上記の申請について次のとおり決定してよろしいか。			起　案	・　・
	課　長	係　長	係		
				決　裁	・　・
裁				交　付	・　・

第　　号
収　.　.　受
逗　子　市