

第5号様式（第10条関係）

重度障がい者医療費支給申請書 年 月 日			
返子市長 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 住所 _____ 申請者 氏名 _____ (印) 電話 () _____ </div>			
返子市重度障がい者医療費助成要綱第10条の規定により、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、返子市から照会することに同意します。			
(障) 福祉医療証番号	(障) _____		
世帯主又は被保険者の氏名	_____	被保険者証 の記号番号	_____
事業所名又は健康保険組合名	_____		
診療の種類	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> コルセット <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> その他 ()		
傷病名	_____	診療を受けた期間	_____年 月 日から _____年 月 日まで
医療機関名及び所在地	医療機関名	_____	
	所在地	_____	
患者が医療機関に支払った金額	_____		円
(障) 医療費支給決定金額 (記入しないこと。)	_____		円

(注意)

- 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 診療の種類欄は、該当する□に「レ」を記入してください。