

様式第3号（第7条関係）

		整理番号		保険名	
重度障害者（児）医療費助成申請書					受付印欄
年 月 日					
あわら市長 様					
住 所 あわら市					
申 請 者 氏 名					
電話番号					
あわら市重度障害者（児）医療費助成条例による助成を受けたく次のとおり領収書を添えて申請します。					
対象者	受給資格証 記号番号		加入医療 保険	被保険者 名(世帯主・ 組合員名)	
	氏 名 (生年月日)			記号・番 号	
保 護 者 名 (生年月日)		名 称			
保護者との続柄					
希 望 振 込 金 融 機 関	銀行 信金 農協	支店 支店 支所	口座番号		
			口座名義 人		
支 給 内 訳	自己負担額	附 加 給 付	その他の控除額	差引支給額	
	円	円	円	円	

領 収 書			
金 円			
患者名 _____			
傷病名		保険診療一部負担金	円
入院・通院の別	入院 日 通院 日	薬剤一部負担金	円
保険診療総合点数	点/円	入院時 食事療養費又は 生活療養費負担金	円
		訪問看護療養費等	円
ただし、年 月分の保険診療一部負担金等			
年 月 日 様			
医療機関等 所在（住所） 氏 名 称 氏 名 印			
上記のとおり領収しました。			

- (注) 1 上記申請書（太枠内）は、申請者が記入してください。
 2 下記領収書は、医療機関等で記入してください。
 3 領収金額は、保険診療分及び入院時食事療養費標準負担額等の合計額を記入してください。
 4 容器代及び往診時の車賃は本人負担となっていますから支給されません。
 5 印の欄は、記入しないでください。