

障害者医療費助成申請書

令和 年 月 日

山元町長

住所

受給者 氏名

電話

令和 年 月分の障害者医療費の助成を次のとおり申請します。

受給者番号							氏名・性別	(男・女)
							生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生
被保険者証 記号・番号							保険種類	国保・後期・社保(本人・扶養)

下表は医療機関等が記載してください。

診療年月	令和 年 月 診療分										
診療区分	1 外来(調剤含む) 2 入院(日) 3 訪問看護(回)										
病院・診療所・薬局 記載欄	診療点数						点				他法負担について ※公費ありの場合は必ず記入ください。 公費対象点数 点 公費名称 () 公費分本人負担額 円
	本人負担額						円				
施術所 記載欄	療養費総費用額						円				
	本人負担額						円				
訪問看護ステーション 記載欄	総費用額						円				
	本人負担額						円				
医療機関名等	医療機関コード										
	住所										
	電話番号										
氏名・名称										㊟	

担当処理欄

整理番号	受付印
入力印	