

重度心身障害者医療費助成金請求書

年 月 日

請求額 金 円也

ただし、 年 月分都留市重度心身障害者医療費の助成を受けたく、
請求の額を証する書面を添えて請求します。

都 留 市 長 様

受給者氏名

請求者住所 都留市

請求者氏名 印

電話番号

受給者番号

診療報酬請求証明書

患者氏名 様

種別

国保・後期高齢・社保・その他
本人 ・ 家族

診療費 年 月分

	入院・入院外・歯科・薬剤			療養費
		負担率	本人負担金	
診療報酬総点数	点	割	円	点
公費種別 ()	点	割	円	円

訪問看護療養費等自己負担分

円

入院時食事療養費における自己負担額

一般	円 × 日 = 円
市民税非課税世帯 (90日までの入院)	円 × 日 = 円
市民税非課税世帯 (過去12か月で90日を超える入院)	円 × 日 = 円

※入院時食事療養費は、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある
重度心身障害児のみ対象です。

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

保険医療機関等

所在地
名称
氏名 印

※ 助成金決定欄

本人負担額 付加給付等の額 助成金
() - () = ()

入院食事療養費
()

総計

円