

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 重度心身障害者医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて請求します。

都留市長 様

患者 氏名

請求者 住所

氏名

TEL

()

印

受給資格者番号

診療報酬請求証明書

患者氏名 _____ 様

種別	国退保	後職	協扶	政管	船保	共保	組扶
	本被保	本被扶	本被扶	本被扶	本被保	本被保	本被扶

診療費 年 月分

入院・入院外

診療報酬総点数	点
他法公費負担点数(種別)	点
当月分の保険診療に係る本人負担額	円

外来の際の薬剤に係る一部負担金	円
訪問看護療養費等自己負担分	円
老人保健法による一部負担金	
入院外	円
入院	円 × 日 = 円

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

関係医療機関等の所在地名称

氏名

印

※ 助成金決定額	本人負担額	付加給付等の額	決定金額
	()	- ()	= ()

(注) ※欄は記入しないこと。