※医療費助成の申請期間は、
診療を受けた翌月から１年以内です。

様式第４号

重度心身障害者医療費助成申請書

申請者記入欄　※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

平成　　年　　月　　日

高根沢町長様

受給資格者（申請者）　住所　高根沢町

氏名　　印
電話

受給資格者証記号番号		加入保険	被保険者氏名		
			保険証記号番号		
受診者 氏名			保険者 番号		
受診者 生年月日	年　月　日		保険者 名称		
振込先（初回または変更があるとき記入してください。）	銀行・農協・信金　　支店　　預金種別　普通・当座 (ﾌﾘｶﾞﾅ) 口座名義　　口座番号				
一部負担金２万１千円以上支払った家族の有無			有　・　無		

（注）高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。（社会保険加入者のみ）

医療機関等記入欄　※太線の枠内のみ記入し、押印してください。
点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。

保険診療証明書

保険種類	国保・社保・後期高齢者医療	自己負担割合　１・２・３　割	特定疾病療養受療証の有無　有・無

診療年月		保険診療合計点数			他法負担点数	備考
年	月	入院日数	入院点数	外来点数		

平成　　年　　月　　日

医療機関等　所在地
名称
氏名　　印

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳						医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	付加給付額	自己負担控除額	その他	控除額計	
	円	円	円	円	円	円	円	円	円
	計								