

受付年月日

重度心身障害者医療費助成金請求書

年 月 日

(宛先) 鶴ヶ島市長

申請者 住 所 鶴ヶ島市

氏 名

(電 話)

下記のとおり鶴ヶ島市重度心身障害者医療費助成金に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求します。

入 欄	受給者番号						加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名	
	受給者氏名							記 号 番 号	
	生 年 月 日	年	月	日	生	名 称			

医 療 機 関 記 入 欄	入院 日		外来 日		
	領 収 証				
	¥				
	ただし、 年 月分の保険診療一部負担金(他法本人負担額 円を含む。)				
	食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。				
保 険 診 療 総 点 数		点	他 法 負 担 分 点 数		点
年 月 日					
様		医療機関所在地(住所)			
名 称					
氏 名					

- (注) 1 上部請求書欄は、申請者が記入してください。
 2 下部領収証欄は、診療を受けた月の翌月10日以後に医療機関等で証明を受けてください。ただし、入院・外来別日数、受領額、他法本人負担額(該当する場合)、診療年月、保険診療総点数、他法負担分点数(該当する場合)、発行年月日、受給者氏名、発行者名(医療機関名)の記載のある医療機関発行の領収書の添付がある場合は本請求書の領収証欄の記載は不要です。
 3 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を、点数で記入してください。
 4 点数で記入できない場合は、金額で記入してください(この場合は必ず円と記入してください)。
 5 この申請により、重度心身障害者医療費助成金の支給となる医療費一部負担金は、税金の医療費控除の対象となりません。
 6 ※処理欄は、記入しないでください。

※ 処 理 欄	銀 行	総 医 療 費	× 10
	支 店	自 己 負 担	円
	口座番号 普通・当座	高 額 療 養 費	円
	氏名(フリガナ)	付 加 給 付	円
	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 1 重複請求 支給できない理由 2 有効期間外診療分の請求 3 その他()	支給決定額 枚	円