

重度心身障害者医療費助成金請求書

令和 年 月 日

請求額 金 円也

ただし、令和 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。

小菅村長

殿
患者氏名

請求者住所 山梨県北都留郡小菅村 番地

氏名 印

受給者番号

診療報酬請求証明書

患者氏名

様

種別

国保・健保・船員・共済・組合・後期
本人 家族

診療費 令和 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

入院時食事療養費における自己負担分			
一般	円×	日＝	円
市町村民税非課税世帯 (入院3ヶ月までの者)	円×	日＝	円
市町村民税非課税世帯 (入院4ヶ月目以降の者)	円×	日＝	円
高齢福祉年金受給者	円×	日＝	円

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

関係医療機関等の所在名所

氏名 印

※ 助成金決定欄

本人負担額	付加給付等の額	助成金額
()	()	()

注 1 ※印の欄は、記入しないでください。

2 記名押印に代えて、署名とすることができます。(医療機関等の証明は除く。)