

様式第4号（第5条関係）

決 裁	課長	課長補佐	係長	担当者	受付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決定	年 月 日
					支給	年 月 日
助成内訳	一部負担金の額	控除額内訳				交付決定額
		附加給付額	その他	控除（足切）額	控除額計	
	円	円	円	円	円	円

重度障害者医療費助成申請書（請求書）

年 月 日

川南町長 様

住所  
申請者 氏名  
電話番号（ ） ー

年 月分の医療費 <sup>入院</sup> <sub>外来</sub> を助成されたく申請（請求）します。

受給資格者	受給者番号		加入保険	世帯主又は被保険者氏名	
	氏名			記号・番号	
	生年月日	年 月 日		保険名	政・組・日・船・共・国・後
払込希望機関名			口座番号 口座名義		
この欄は、 お手数ですが 医療機関において ご記入願います。	年 月 診療 入院・外来				
	診療実日数	総点数	保険以外公費点数	一部負担金受領額	
	日	点 円	点	円	
	上記の一部負担金を受領いたしました。				
年 月 日					
所在地 医療機関等の名称 氏名					
㊟					

注意事項

- この申請書は、診療を受けた月の末日までの分をまとめて、医療機関等の証明を受けて、翌月の10日から20日までに、町長に提出してください。
- この助成の対象は、診療報酬に定められた保険給付の範囲とします（例えば、特別室料、付き添い給食費等は対象になりません。）。
- 自己負担金未払いの場合は、この証明はできません。