

様式第7号(第6条関係)

五木村重度心身障害者医療費助成申請書						
五木村長 様						
年 月 日						
申請者 住所 氏名 ⑩						
下記のとおり、 年 月分医療費の助成を申請します。						
申請者の記入欄	受給資格者氏名		受給資格者番号			
	当該月の他の世帯員の受診状況(高額療養費該当のみ)	氏名	医療機関	支払額	円	
		氏名	医療機関	支払額	円	
		氏名	医療機関	支払額	円	
医療機関等の記入欄	診療月	年 月分	患者氏名			
	入院	日数	診療点数	診療(調剤)報酬一部負担金額		
		日	点	円		
	通院	日数	診療点数	診療(調剤)報酬一部負担金額		
		日	点	円		
	上記の一部負担金額を受領しました。					
年 月 日						
医療機関 所在地 (調剤薬局) 名称 氏名 ⑩						
市町村記入欄	一部負担金の額 ①	高額療養費の額 ②	附加給付額 ③	自己負担額 ④	助成額 ①-(②+③+④)	
	円	円	円	円	円	

注 医療保険各法の規定に基づき、高額療養費の支給を受けることができる場合は、高額療養費決定通知書等を添付してください。