

重度心身障害者 医療費請求書

請求額 _____ 円 （ただし、 _____ 年 _____ 月分）

標記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上記のとおり請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

砥部町長 _____ 様 住所 砥部町 _____
 請求者 氏名 _____ ⑩

受給資格証 記号番号		受給者 氏名		連絡先（電話） (_____ - _____)	
振込 金融機関	銀行 農協 信金	本店 支店 支所	普 ・ 当	口座番号	口座名義人（カタカナ）

医療 機 関 等 証 明 欄	患者氏名				一部負担金 の割合	1割・2割・3割
	_____ 年 _____ 月 _____ 日生（男・女）				保険種別	
	診療 期間	1 入院 2 外来	_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	実日数 (_____) 日	他法公費 種別	
	総診療 報酬 点数	_____ 点	徴収 基準 月額	_____ 円	他公費 負担額	_____ 円
	上記のとおり証明します。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関等の名称及び 所在地・開設者氏名 _____ ⑩					

※一医療機関について一月1枚必要です。

助成内容	本人負担額 (_____ 円) - (_____ 円) - (_____ 円) = _____ 円
備考	

持参するもの：印鑑、受給資格証、領収書、振込口座番号、保険証

(裏面)

委任状

年 月 日

砥部町長 様

私が砥部町より支払いを受ける重度心身障害者医療費について、表記の預金口座に振込みすることを委任します。

委任者 (申請者)	受任者 (口座名義)
住所	住所
氏名 ⑩	氏名

念書

年 月 日

砥部町長 様

相続人	住所
	氏名 ⑩
	続柄

年 月 日 の死亡により、下記医療費の申請及び受領について、
相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもつて解決し、砥部町には一切ご迷惑はおかけいたしません。

記

重度心身障害者医療費 年 月分