

心身障害者医療費助成申請書

平成 年 月 日

(あて先) 千葉市長

申請者 住所 千葉市
氏名

次のとおり心身障害者医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

受給者記入欄

受給者 給号	A	()	加入 健康保険	名称			
	B	()		記号・番号			
資・ 格番 証号	A	()	病名				
	B	()					
受給 資格者	氏名			生年月日	T S H	年 月 日生	申請者 との 続柄
	住所	千葉市		申請者が児童 の保護者以外 の場合		理由	

医療機関証明欄

平成 年 月 診療分		氏名			(歳)
診療日数	外来	日	入院	日	※ 手数 数料 199 円
保険総点数	外来	点	入院	点	
薬剤費一部負担	外来	円	食事療養費 標準負担額	円	円
上記のとおりであることを証明します。					
平成 年 月 日					
医療機関 所在地					
名称					
氏名					

※文書料は消費税を含んだ金額です。

(A) ※保険請求の 自己負担額	(B) 薬 剤 費 一部負担額	(C) 高額療養費 控 除 額	(D) 附 加 給 付 控 除 額	(E) (A+B) - (C+D) 差 引 額	(F) 食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	(G) 証 明 手 数 料	(E)+(F)+(G) 医 療 費 助 成 額	確 認 者 印
円	円	円	円	円	円	円	円	円

(高) 回数 () ・ 課 税 非課税 ・ 多 ・ 世

手数料 件数	計	件	支 給 件 数	計	件	合 計 金 額	計	円	枚 数	枚
-----------	---	---	------------	---	---	------------	---	---	-----	---