

様式第8号の2 (第4条関係)

※ 決 裁					保 險 区 分	1	2	3	4	5	6	
						社 被 保 險 者	社 被 扶 養 者	国 一 般 被 保 險 者	国 被 保 險 者 退 職	国 被 保 險 者 退 職	国 被 扶 養 者	
						受 付	年 月 日			年 月 日		
						決 定	年 月 日			年 月 日		
※ 助 成 内 容	保 險 診 療 合 計 金 額 円	控 除 額					助成決定額					
		保 險 負 担 分	公 費 負 担 分	付 加 給 付 等	一 部 負 担 金	計	円					
		円	円	円	円	円	円					
<p style="text-align: center;">重度心身障害者等医療費 (療養費払) 助成申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">富山県射水市長 あて</p> <p style="text-align: center;">射水市</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p>下記のとおり重度心身障害者等医療費の助成を申請します。</p>												
受給資格番号					加 入 保 險	被 保 險 者 証 号 番 号						
受 給 者	氏 名	男・女				保 險 種 別	協・組・船・共		国			
	生年月日	年 月 日				保 險 者 名						
<p style="text-align: center;">年 月分 保険診療領収書 (入院・入院外)</p>												
受給者名					保 險 診 療 合 計 点 数	点	育 成 医 療 等 公 費 負 担 点 数	点				
一 部 負 担 金 額 収 入 額 (保 險 診 療 分)							計		円			
<p>上記のとおり領収しました。</p> <p style="text-align: center;">医療機関等の所在地名称</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>												
<p>なお、支給決定額は下記の口座へ振込んでください。</p> <p style="text-align: right;">氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>												
口 座 名 義			金 融 機 関 名			当 座 ・ 普 通 預 金 番 号						

- 注 1 この用紙は、医療機関等に診療金額をいったん支払い、その後で市町村から助成を受ける場合に使います。
- 2 申請は、診療月ごと入院、入院外別に行ってください。
- 3 太枠の欄は、医療機関等で記入してもらってください。ただし、この欄に準じた項目の入った領収書をもった場合、これにかえることができます。
- 4 ※欄は市町村で記入します。