

別記様式第4号（第6条関係）

重度心身障害者医療費助成申請書

申請者記入欄													
矢板市長 様		年 月 日											
受給資格者 (申請者)		住所 氏名 電話											
受給資格者 証記番号				加入 保険		被保険者氏名							
		記 号 番 号											
受 診 者	氏 名					保 険 者	番 号						
	生年月日	年 月 日		名 称									
振 込 先		申請の際に指定していただいた口座になります。											
他公費制度の利用状況について、 矢板市が確認することに同意します。		チェック欄 ☐		交通事故等による けがですか。		はい・いいえ							
一部負担金		円以上支払った家族の有無										有・無	

(注)・高額療養費及び付加給付に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

・他公費制度とは、自立支援医療制度、特定疾患医療費助成制度等です。

医療機関等記入欄		※点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。																			
保 険 診 療 証 明 書																					
保険種類		国保・社保・その他				自己負担割合		1・2・3割				特定疾病療養 受療証の有無				有・無					
診療年月		保険診療合計点数																他法負担点数		備 考	
年	月	入 日	院 数	入院点数				外来点数													
年 月 日																		印			
医療機関等 所 在 地																					
名 称 氏 名																					