

第6号様式（第7条関係）

重度心身障害者（児）医療費支給申請書

年 月 日

長南町長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ (印)

受給者 住所 _____

氏名 _____

※申請者と受給者が異なる場合に記入してください。

下記証明書に、領収書を添えて申請します。

重度心身障害者（児）医療費受領証明書

受給者番号							
診療日	年 月 日	診療分	種別	□外来 □入院			
保険種別	□国保 □社保 □後期高齢者医療						
負担割合	割	公費負担・限度額等		有()・無			
保険請求 総点数	自己負担金	薬剤 負担金	入院時食事負担金			証 明 手 数 料	合 計
			回数	単価	金額		
点	円	円	回	円	円	円	円

※1 有の場合括弧内に本人負担割合又は上限額を記入してください。

2 町から受給者に支給される証明料の上限は100円となります。

上記のとおり受領したことを証明します。

年 月 日

医療機関名

所在地

名称

代表者氏名

(印)

(注) 申請できる期間は、病院等に医療費を支払った日の翌月の初日から起算して2年以内です。同月内に入院、外来があつた場合は、それぞれ提出してください。