

様式第7号(第7条関係)

重度心身障害者医療費助成金請求書
請求額 金 円也
 年 月分重度心身障害者医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面
 を添えて請求します。
 年 月 日
 (宛先)甲州市長
 患者氏名.....
 (請求者)住 所
 受給資格者番号 氏 名

診療報酬請求証明書
 患者氏名 様

	種別	後期 高齢	国 保			協会 けんぽ	船員	共済	組合
			一般	退職被 保険者	退職被 扶養者	本人・家族			

診療費 年 月分 科 入院・入院外

診療報酬総点数	点
他法公費 自立支援1割 負担点数 精神・更生	点
当月分の保険診療に係る 本人負担額	円

訪問看護療養費等 自己負担分	円
-------------------	---

入院時食事療養費における自己負担分(注I)			
一般	円×	回=	円
市町村民税非課税世帯 入院90日までの者	円×	回=	円
市町村民税非課税世帯 入院90日を超える者	円×	回=	円

(注I) 重度心身障害児の方のみ対象となります。

上記のとおり相違ありません。
 年 月 日
 関係医療機関等の所在名称
 氏 名

※ 助成金決定額

(注II) ※欄は記入しないこと。