重度心身障害者医療費助成金請求書

年 月 日

請求額 金 円也

ただし、 年 月分富士吉田市重度心身障害者医療費の助成を受けたく、
請求の額を証する書面を添えて請求します。

富士吉田市長 様

受給者氏名	_____
受給者生年月日	年 月 日
請求者住所	富士吉田市
請求者氏名	_____ 印
電話番号	_____
受給者番号	_____

診療報酬請求証明書

患者氏名 様
診療費 年 月分

種別	国保・後期高齢・社保・その他
	本人 ・ 家族

	入院・入院外・歯科・薬剤			療養費
		負担率	本人負担金	
診療報酬総点数	点	割	円	点
公費 ()	点	割	円	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額	
一般	円× 日 = 円
市民税非課税世帯(90日までの入院)	円× 日 = 円
市民税非課税世帯(過去12か月で90日を超える入院)	円× 日 = 円

※入院時食事療養費は、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある重度心身障害児のみ対象です。

上記のとおり相違ありません。
年 月 日

保険医療機関等
所在地
名称
氏名 印
電話番号

※ 助成金決定欄
本人負担額 付加給付等の額 助成金
() - () = ()

入院食事療養費 ()

総計	円
----	---