

様式第8号の2（第4条関係）

※ 決 裁					保 険 区 分	1	2	3	4	5	6					
						社 保	被 保 険 者	社 保	被 扶 養 者	国 保	一 般 被 保 険 者	国 保・ 退 職	被 保 険 者	国 保・ 退 職	被 扶 養 者	国 保 組 合
						受	付	年 月 日								
						決	定	年 月 日								
						支	給	年 月 日								
※ 助 成 内 容	保 険 診 療 合 計 金 額	控 除 額					計	助 成 決 定 額								
		保 険 負 担 分	公 費 負 担 分	付 加 給 付 等	一 部 負 担 金											
	円	円	円	円	円	円	円	円								

重度心身障害者等医療費（療養費払）助成申請書

年 月 日

富山県中新川郡舟橋村長 あて

申請者 住 所
氏 名

(印)

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。

受給資格番号	—		加 入 保 険	被保険者証 記 号 番 号			
受 給 者	氏 名	男・女		保 険 種 別	協・組・船・共	国	
	生年月日	年 月 日		保 険 者 名			

平成 年 月分 保 険 診 療 領 収 書 （入院・入院外）

受給者名		保 険 診 療 合 計 点 数	点	育 成 医 療 等 公 費 負 担 点 数	点
一部負担金 領 収 額 (保険診療分)				計	
					円

上記のとおり領収しました。

年 月 日 医療機関等の所在地名称
開 設 者 氏 名

(印)

なお、支給決定額は下記の口座へ振込んでください。

氏 名

(印)

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もらった場合、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。