

重度心身障害児・者医療費助成金支給申請書

受給者記入欄	年 月 日					
	三島市長 あて					
	住 所					
	受給者 氏 名 ㊟					
電話番号						
受給者証番号	第	号	記 号			
			番 号			
	受 診 者	氏 名			加入社会保険	保険者名
		個人番号				
生年月日	年	月	日	付加給付	有 ・ 無	
※医療機関等記入欄	保険診療等領収書					
	保険診療による一部負担額				円	
	訪問看護療養費基本利用料等				円	
	計				円	
	診療期間	入院 有・無 (年 月 日から	年 月 日まで	
			年 月 日から	年 月 日まで		
	年 月 日					
	所在地 医療機関等 名 称 代表者名 ㊟					
三島市記入欄	保険診療等の一部負担額	控 除 額 付 加 給 付 額	障害者負担金 (控 除 額)	支 給 額	備 考	
	円	円	円	円	(病名)	
	付加給付額の算定					
	市町村民税課税状況		課 税 ・ 非 課 税			

- (注) 1 ※印欄は、医療機関等が記入してください。
- 2 領収書を添付する場合は、明細のわかる領収書(受診した者の氏名及び保険診療に伴う自己負担額が明示されたもので、領収印のあるもの)を裏面に糊付けしてください。
- 3 月別、医療機関別及び入院外来別に申請してください。
- 4 支給は自動償還払の確定後となりますので、診療月の翌々月以降になります。