

年 月 日

(宛先) 野田市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

野田市重度心身障がい者医療費助成金支給申請書

診療年月 年 月分

受給資格者		生年月日	年 月 日
加入保険	保険種別	1 健康保険 2 共済組合 3 国保 4 国保組合 5 後期高齢 6 その他	
	所在地		
	名称		
助成金支給対象額 (本人支払額) ア	高額療養費 イ	付加給付額 ウ	助成金支給額 ア - イ - ウ
円	円	円	円

診療点数票

診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	診療区分	入院 外来
診療総点数	左のうち公費負担分		本人支払額 ア	
点	点		円	

上記のとおり診療いたしました。

年 月 日

様

電話番号
所在地
名称
代表者名

※証明は、月ごとの点数・金額を記入してください。

